

COUNTWAY LIBRARY



HC 53DZ 4



*J. Müller
München
Bavaria
47.*

Einführung
in die
Versicherungsmedizin.

Vorlesungen für Studierende und Ärzte

Von

Dr. J. Grober.

a. o. Professor an der Universität Jena.



Verlag von Gustav Fischer in Jena.

1907.

Verlag von Gustav Fischer in Jena.

Die Tonsillen als Eingangspforten für Krankheitserreger, besonders für den Tuberkelbazillus.

Von Dr. **J. Grober**,
Professor in Jena. 1905.

Preis: 2 Mark 80 Pf.

Zentralblatt für innere Medizin 1906, Nr. 4:

In der 80 Seiten starken Monographie gibt der Verfasser zuerst eine genaue Beschreibung der anatomischen, histologischen und physiologischen Verhältnisse der Tonsillen und bespricht ihre Prädisposition zur Aufnahme von Krankheitskeimen und die Bahnen, auf denen sich dieselben, den Lymphgefäßen folgend, zentralwärts weiter verbreiten können. Dabei legt er besonderen Wert auf zwei Momente, die Verbindung der Lymphbahnen mit den serösen Körperhöhlen und die Möglichkeit des retrograden Transportes. . . . Es scheint nach diesen Experimenten der Lymphweg von den Tonsillen bis zur Lungenspitze ein durchaus gangbarer zu sein, und Grober zweifelt nicht, daß dieser Weg für die tuberkulöse Erkrankung der Lungenspitzen beim Menschen recht häufig die Infektionsbahn bildet.

Aus der Praxis der Gothaer Lebensversicherungsbank.

Versicherungs-Statistisches und -Medizinisches. Bearbeitet von Prof. Dr. **Karup**, Dr. med. **Gollmer** und Dr. med. **Florschütz**. Herausgegeben vom Vorstand der Gothaer Lebensversicherungsbank a. G. zur fünfund-siebenzigsten Wiederkehr des Gründungstages der Bank. Preis: 13 Mark.

Münchener med. Wochenschrift vom 11. Okt. 1901:

. . . Aus der Praxis für die Praxis geschrieben, bieten die Aufsätze dem Leser eine Fülle von Anregungen und einen Einblick in die Beurteilung der Versicherungsfähigkeit und in die komplizierte Tätigkeit bei der Auswahl der geeigneten Risiken, wie er aus irgend einem „Handbuch für den Vertrauensarzt“ nicht zu gewinnen ist. Wir können daher nur wünschen, daß die Hoffnung des Bankvorstandes auf eine freundliche Aufnahme des Buches in den Kreisen der Fachgenossen sich erfüllen und demselben die verdiente weite Verbreitung zuteil werden möge.

Sammlung von deutschen und ausländischen Gesetzen und Verordnungen, die Bekämpfung der Kurpfuscherei und die Ausübung der Heilkunde betr.

Von **Henry**

Graack. (Von der

Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums und von dem Geschäftsausschusse des Deutschen Ärztevereinsbundes empfohlenes Werk.) 1904.
Preis: 3 Mark.

Ärztliche Sachverständigen-Zeitung:

. . . Die Vorstehende, sehr fleißige Arbeit füllt in der die Kurpfuschereibekämpfung betreffende Literatur entschieden eine Lücke aus.

Erste ärztliche Hilfe. Vierzehn Vorträge, gehalten von S. Alexander, M. Borchardt, A. Hoffa, R. Kobert, Fr. Kraus,

R. Kutner, L. Landau, E. Mendel, George Meyer, J. Rotter, H. Senator, Sonnenburg, Ziehen. Nebst einer Einleitung vom Geh. Ober-Med.-Rat M. Kirchner in Berlin. Herausgegeben vom Zentralkomitee für das ärztliche Fortbildungswesen in Preußen, in dessen Auftrage redigiert von Professor Dr. **R. Kutner**, Schriftführer des Zentralkomitees. Mit 20 Abbildungen im Text.
Preis 6 Mark, geb. 7 Mark.

Inhaltsverzeichnis:

Einleitung. Von Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. **M. Kirchner**. — Erste ärztliche Hilfe bei Blutungen aus dem Respirations- und Verdauungstraktus. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **H. Senator**. — Über Bewußtseinsstörungen und Kollaps. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **Fr. Kraus**. — Die erste Hilfe beim Schlaganfall und beim epileptischen Anfall. Von Prof. Dr. **Mendel**. — Die Behandlung akuter Erregungszustände und Delirien bei Geisteskrankheiten. Von Prof. Dr. **Th. Ziehen**. — Die erste Hilfe bei Knochenbrüchen und Verrenkungen. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **A. Hoffa**. — Verletzungen des Rumpfes. Von Prof. Dr. **M. Borchardt**. — Die Blutungen aus den großen Gefäßen. Von Prof. Dr. **J. Rotter**. — Erste ärztliche Hilfe bei Erstickung und Ertrinken. Von Prof. Dr. **George Meyer**. — Verbrennung (einschließlich Blitzschlag) und Erfrieren. Von Geh. Med.-Rat Prof. Dr. **E. Sonnenburg**. — Erste ärztliche Hilfe bei Vergiftungen. Von Prof. Dr. **R. Kobert**. — Erste Hilfe bei Blutungen aus dem weiblichen Genitaltraktus. Von Prof. Dr. **L. Landau**. — Das Verhalten des praktischen Arztes bei Blutungen aus dem Harnapparat und bei plötzlicher Harnverhaltung. Von Prof. Dr. **R. Kutner**. — Die Beförderung von Kranken und Verletzten. Von Prof. Dr. **George Meyer**. — Die öffentliche Fürsorge für erste Hilfe. Von San.-Rat Dr. **S. Alexander**.

Einführung in die Versicherungsmedizin.

Vorlesungen für Studierende und Ärzte

Von

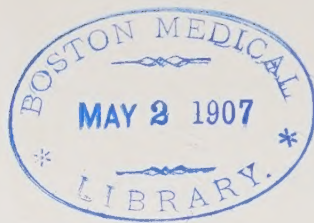
Dr. J. Grober.

a. o. Professor an der Universität Jena.



Verlag von Gustav Fischer in Jena.
1907.

6041



Meinem lieben Vater

Herrn Dr. med. Gustav Grober

in Bremen

dem ausgezeichneten Kenner der Versicherungsmedizin

zur Feier des 60. Geburtstages

am 28. Februar 1907.



Digitized by the Internet Archive
in 2025

Vorwort.

Das vorliegende Buch ist aus Collegien entstanden, die ich, einer Anregung meines Chefs, Herrn Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Stintzing folgend, seit dem Jahre 1903 regelmäßig vor Studierenden der klinischen Semester in Jena gelesen habe, je nach der verfügbaren Zeit und dem sich kundgebenden Interesse das Thema enger oder weiter fassend, es nach dieser oder jener Richtung erweiternd. Fragen meiner Hörer und praktischer Ärzte nach einer buchmäßigen Darstellung des behandelten Gegenstandes haben mich veranlaßt, die Vorlesungen niederzuschreiben. Ein Handbuch oder auch nur Lehrbuch zu verfassen, hat mir bei dieser Einführung fernegelegen; ich habe mich vielmehr bemüht, die freie Form des akademischen Vortrags beizubehalten.

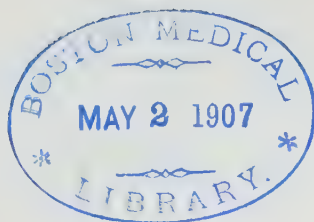
Allen, die mich dabei durch Hilfe und Ratschläge unterstützt haben, besonders E. Grober, sage ich meinen Dank.

Jena,
Medizinische Klinik der Universität,
27. November 1906.

J. Grober.

Inhalt.

	Seite
Vorwort	V
1. Arzt und Versicherungsmedizin	1
2. Die Entwicklung des Versicherungsgedankens	16
3. Krankenversicherungsgesetz	32
4. Arzt und Krankenversicherung	51
5. Alters- und Invalidenversicherung	68
6. Arzt und Invalidenversicherung	88
7. Staatliche Unfallversicherung	106
8. Arzt und staatliche Unfallversicherung	120
9. Private Unfallversicherung. Haftpflichtversicherung. — Methodik ärztlicher Gutachten	138
10. Lebensversicherung	153
11. Arzt und Lebensversicherung	166
Register	183



Erste Vorlesung. Arzt und Versicherungsmedizin.

Ärztliche praktische Tätigkeit, Bedingungen derselben. Verschiedene Arten des ärztlichen Berufes. Ihr Ansehen und die Ursachen des Sinkens desselben. Gewerbeordnung von 1869. Überzahl der Ärzte. Schlechte Bezahlung. Sinken der Achtung vor den wissenschaftlichen Berufen überhaupt. — Mittel, die Schäden zu bessern. Abraten vom Studium der Medizin. Hebung des Standesgefühls. Organisation. Notwendigkeit der Kenntnis der Verhältnisse der Kranken, um die Heilkunde wissenschaftlich und mit Vorteil ausüben zu können. Der größte Teil der Kranken des Arztes sind Versicherungsteilnehmer. — Was heißt und zu welchem Ende beschäftigen wir uns mit der Versicherungsmedizin. Speziell ärztliche und allgemein biologische Fragen. — Disposition der Vorträge.

Literatur:¹⁾

1. Scholz: Von Ärzten und Patienten. München 1900.
2. Ughetti, Zwischen Ärzten und Patienten. Wien 1900.
3. Peiper, Der Arzt. Wiesbaden, Bergmann 1906.
4. Gersuny, Arzt und Patient. Stuttgart 1904.
5. Ärztliches Vereinsblatt 1900—1906.

M. H.! In nicht allzuferner Zeit werden Sie nach bestandenen Staatsexamen, die Approbation als Arzt in der Hand, am Ende Ihrer Studienzeit stehen und sich nach einer Betätigung Ihrer neu erworbenen Würde umsehen, nicht ohne ein gewisses Hochgefühl und wie ich glaube, in den meisten Fällen mit kühnen Hoffnungen. Aber wenn Ihnen auch der Staat das Attribut des „approbierten“ Arztes verliehen hat, so sind Ihre ärztlichen Universitätslehrer sich doch klar darüber, daß die Wissenschaft und die Lehre der Alma mater Sie noch lange nicht zu „praktischen“ Ärzten macht. Sie hofft wohl die Grundlagen

¹⁾ Anm.: Die Literaturangaben sind Fingerzeige für weiteres Studium der Themen der einzelnen Vorlesungen. Quellennachweise sind nicht gegeben.

dazu errichtet zu haben; zum Arzt im vollen Sinne macht Sie erst die langjährige Ausübung des Berufes selbst. Zwei Dinge sind es besonders, die dem jungen Doktor zu fehlen pflegen: das ist einmal die persönliche Berührung mit den Kranken, mit denen er es bisher immer nur unter der verantwortlichen Leitung anderer zu tun hatte, und zweitens die Kenntnis von den Bedingungen, unter denen er nun draußen die wohlstudierte Kunst ausüben soll.

Die Gepflogenheit vieler Ärzte, nach vollendeter Studienzeit erst eine Zeit lang sich als Assistent an Kliniken oder Krankenhäusern zu betätigen, hat bezüglich des ersten Punktes immer schon wohltätig gewirkt; die jetzt gesetzmäßig verlangte Ausbildung im „praktischen Jahr“ wird vermutlich bei allen Ärzten eine Besserung darin herbeiführen, obwohl auch da das Gefühl der Verantwortlichkeit, auf das es sehr wesentlich dabei ankommt, noch keine besondere Förderung erfahren wird. Das praktische Jahr wird also nie die Assistentenzeit ganz ersetzen können.

Von den Bedingungen aber, die dem Arzt in der Ausübung seines Berufes gesetzt sind, ist nur sehr selten die Rede, und er lernt sie erst — meist durch eigenen Schaden — kennen, wenn er nach der Begründung einer selbständigen Praxis strebt. Sie wissen heute alle, und können es täglich aus Tages- und Fachblättern erfahren, daß der ärztliche Stand in Deutschland — aber hier nicht allein — sich in einer Zeit des Niederganges befindet, oder vielmehr, wie ich glaube, bis vor ganz kurzem befunden hat. Das drückte sich besonders aus in dem Sinken des guten Rufes, dessen sich unser Stand lange erfreut hat. Die Gründe dafür sind so mannigfaltig, daß hier nur einige davon angeführt werden können.

Zunächst dürfte Ihnen aus vielfacher Erfahrung des täglichen Lebens bekannt sein, daß der Unterarten des ärztlichen Berufes gar viele sind, und daß eine Reihe von denselben nur selten in eine Lage kommen, in der ihnen der angeführte Mangel an Kenntnis der Arbeitsbedingungen fühlbar werden kann. Der beamtete Arzt wird vielleicht am wenigsten davon berührt, seine Tätigkeit liegt fast ganz auf dem Gebiet der Verwaltung, er bringt einen großen Teil seiner Arbeitszeit am Schreibtisch zu und hat seine Aufmerksamkeit weniger den kranken Menschen, als den krankmachenden Ursachen, seien es solche hygienischer oder juristisch bedeutender Art zuzuwenden. Das Publikum steht ihm gegenüber ziemlich fern, seine Arbeitsbedingungen sind durch Gesetzesvorschriften gegeben.

Nicht viel anders als dem beamteten Arzt, werde er nun Physikus, Kreis- oder Bezirksarzt genannt, geht es dem Krankenhausarzt; auch diesem gegenüber ist das Publikum, die kranken Menschen, insofern gebunden, als die Ordnung eines Krankenhauses zwar den Aufenthalt darin als einen durchaus freiwilligen — wenn nicht etwa gesetzlich notwendigen — bezeichnet, die Unterordnung unter die getroffenen Maßregeln bei den einzelnen Kranken aber bindend sind und auch sein müssen. Ebenso gebunden sind die Kranken des Militärarztes, auch er hat wenig Veranlassung, nach den Gründen für den Niedergang des gesamten ärztlichen Standes zu fragen, da ihm die starke militärische Autorität zur Seite steht.

Dem akademischen Lehrer pflegen die Beziehungen zum eigentlichen Arzt schon näher zu liegen, sei es durch persönliches, sachliches, oder ideales Interesse. Meist pflegt ihn ja auch seine Stellung als konsultierender Arzt den praktischen Ärzten und dem kranken Publikum gegenüber zu stellen. Aber er besonders ist durch die Besonderheit seiner Tätigkeit, durch die ihn hervorhebende Stellung als Universitätslehrer vor den Schwierigkeiten der ärztlichen Mißachtung geschützt

Nicht ganz so geht es dem Spezialarzt, besonders seitdem ihre Zahl Legion geworden ist. Das besondere Attribut, das sich jemand noch Anfang der achtziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts durch die — fragen wir nicht, ob berechtigt oder unberechtigt — Zulegung des Titels „Spezialist“ verschaffen konnte, sichert heute durchaus nicht immer eine entsprechende besondere Stellung. Denn Spezialärzte gibt es bald ebensoviel wie sogen. praktische Ärzte.

Und dies, m. H., ist der eigentliche, der wahre Beruf, zu dem Sie sich jetzt vorbereiten, der Beruf, der Ihnen allen Befriedigung geben wird, der Ihnen auch, wenn unsere Bemühungen — auch diejenigen, die wir jetzt hier pflegen — von Erfolg begleitet sind, nicht nur die Führung einer zwar sorgenreichen, aber auch befriedigenden Existenz gewähren, der Ihnen gleichzeitig eine hochgeachtete soziale Stellung eintragen soll, vielleicht weniger in der Rangordnung der Höfe, als in dem persönlichen Dank- und Freundschaftsverhältnis zu Ihren kranken Mitbürgern.

Lange Zeit, insbesondere während des Wachsens der Zahl der Spezialärzte im Deutschen Reich, hat es geschienen, als ob der Arzt, der praktisch seinen Beruf in Stadt oder Land ausübt, zu einem gelegentlich, im Notfall, benötigten Handwerker oder Kaufmann, der sein Gewerbe betreibt, herabgedrückt werden würde, als ob die mannigfachen

Beziehungen, die den Arzt mit seinen Kranken auch für die gesunden Zeiten des Lebens verbinden, verschwinden würden, als ob die vortreffliche Gepflogenheit, Hausärzte zu haben und Hausarzt zu sein, aussterben sollte. Aber zu gleicher Zeit mit dem Erstarken des Standesbewußtseins der Ärzte beginnt, wie es scheint, sich in vielen Bevölkerungsklassen — und nicht in den schlechtesten — ein Umschwung der bezüglichen Anschauungen zu vollziehen, und in anderen Schichten ist es — wenn nicht vieles täuscht — im Gange, so zwar, daß die Menschen einsehen gelernt haben, daß der Arzt sowohl durch seine Vorbildung wie durch seine Tätigkeit mehr ist als ein Gewerbetreibender, daß er ein Ausübender einer freien Kunst ist und sein will, und daß es eine Ehre und ein Vorzug ist, den Arzt nicht nur zum Arzt, sondern zum Hausarzt, zum „Arzt des Leibes und der Seele“ zu haben.

Wenn wir von einem Niedergang des ärztlichen Standes im allgemeinen sprachen, so meinen wir damit besonders die mehr als 20 000 praktischen Ärzte, die in Deutschland nach einer langen, nicht billigen Ausbildung in Wissenschaft und Praxis dem Publikum ihre Dienste gegen Entgelt zur Verfügung stellen. Zeit, geistige und körperliche Arbeit und oft genug Gesundheit des Körpers im Interesse ihrer Kranken verwendend. Wie, so fragen Sie sich alle gewiß mit mir, wie konnte es kommen, daß ein ganzer solcher Stand, der, sozial gesprochen, einen so großen Teil wertvoller nationaler Kraft, einen so großen Anteil des Gesamtintellektes unseres Volkes darstellt, in seiner sozialen Bewertung so sinken konnte? Und welcher Art sind die Mißstände, in denen wir und die Laien diesen Niedergang erkennen? Zum Teil sind sie im vorhergehenden schon berührt worden. Vor allem ist es die gesunkene Achtung vor dem Stand als solchen, die auf den einzelnen übertragen wird. Und nicht etwa gleichstehende an intellektuellem Vermögen, an Bildungsgrad, an sozialer Bedeutung sind die Träger dieser Mißachtung allein, sondern sie hat sich fortgepflanzt in Schichten der Bevölkerung, die — um von der Stufenleiter der Glücksgüter a limine abzusehen — sich vom Arzt an den drei eben genannten Eigenschaften weit, weit unterscheiden. Im einzelnen Ihnen das auszuführen, dürfte nicht nötig sein, da jeder von Ihnen schon Gelegenheit genug gehabt haben wird, derartige Erfahrungen persönlich zu machen. Auch bietet ja die Lektüre der Tageszeitungen, abgesehen von allem anderen, reichliche Gelegenheit dazu.

Gemeiniglich wird unter den Gründen, die für den Niedergang des ärztlichen Standes verantwortlich gemacht werden, als besonders wichtiger

der angeführt, daß vor bald vier Jahrzehnten (1869) ein Gesetz den ärztlichen Beruf zu den Gewerben gerechnet hat, der demgemäß auch den Bestimmungen der Gewerbeordnung unterliegt. Wenn auch neuerdings — und nicht zum wenigsten auf Grund der häufigen Einwendungen der Ärzte selbst — die gesetzgeberische und die juristische Auffassung dieser Bestimmung, soweit sie den Arzt betrifft, sich erheblich geändert hat, so darf doch nicht vergessen werden, daß im Reich jedem, sei es wer er will und auf Grund welcher Vorbildung er will, heute die Ausübung heilender Tätigkeit frei steht; nur der Titel Arzt ist und bleibt ihm versagt. Daher die außerordentliche Vermehrung der öffentlichen Kurpfuscher; denn geheime hat es zu allen Zeiten gegeben. Während also auf der einen Seite der Staat Ausbildungsanstalten für seine jungen Ärzte, Kliniken und Institute mit riesigem Aufwand baut und erhält, ja die Zahl derselben und der medizinischen Unterrichtsinstitute ständig zu vermehren bestrebt ist, von den angehenden Ärzten auch eine lange Ausbildung und eine schwierige Prüfung verlangt, gibt er ihnen andererseits nichts weiter dafür als das schöne Vorrecht, sich „approbierter Arzt“ nennen zu dürfen. Das Recht der Behandlung von Kranken hat aber jeder andere Unvorgebildete gerade so gut, einerlei welche anderen Eigenschaften er zu dieser Tätigkeit mitbringt. Die Zahl der heilenden Personen wird so nicht nur, wie die Statistik zeigt, um ungefähr das Doppelte vermehrt, es werden neuerdings auch die nichtapprobierten „Heiler“ durch eine gesetzlich erlassene Vorschrift, sich in eine dem Kreisarzt zustehende Liste eintragen zu lassen, als solche gewissermaßen behördlich sanktioniert. So sinkt das Durchschnittsniveau unseres Standes durch die Zahl und die Eigenschaften von — man darf nicht einmal sagen stets unlauteren, aber — nicht berechtigten Mitbewerbern.

Eine Überproduktion von Fachgenossen hat aber auch den ärztlichen Stand selbst in weniger als 50 Jahren um das Doppelte vermehrt. Das Anwachsen der Bevölkerung des Reiches ist zwar bei weitem nicht so rasch erfolgt, wohl aber hat die Masse der Kranken zugenommen. Einmal haben die gesteigerten Anforderungen des modernen Lebens dazu beigetragen, ferner ist der Wohlstand der Gesamtbevölkerung seit unserem letzten Kriege infolge der Blüte von Handel und Industrie erheblich gewachsen; dementsprechend sind die Menschen leichter geneigt, auch bei weniger bedeutenden Krankheitserscheinungen den Arzt zu Rate zu ziehen, wo früher niemand oder die Hausapotheke benutzt wurde. Noch viel mehr sind die Anforderungen an ärztliche Hilfe und dementsprechend die Zahl der Ärzte, gewachsen, seitdem die sozialen

Gesetze, von denen in den nächsten Vorlesungen zu handeln sein wird, in Kraft getreten sind und wirken. Denn das Verhältnis von Angebot und Nachfrage beherrschen nicht nur den Handelsmarkt, sie stellen nicht nur ein biologisches, sondern auch anthroposoziales Grundgesetz dar. Als durch die sozialen Gesetze eine größere Nachfrage nach ärztlicher Tätigkeit entstand, weil die letztere jetzt den arbeitenden Volksklassen zu einem für den einzelnen kaum bemerkenswerten Preise geliefert wurde, steigerte sich auch, ganz reflektorisch gewissermaßen, das Angebot derselben. Der ärztliche Beruf wurde von vielen ergriffen, die sich nur wegen ihrer Hoffnung, leicht sich ein genügendes Einkommen zu sichern, dazu verleiten ließen, von vielen, die sonst gar nicht sich eigneten, von vielen, die sich, ganz naturgemäß nach dem eben gesagten, nicht bewährten, die den ethischen, den intellektuellen und den körperlichen Anforderungen, die unser Beruf an uns wie kein anderer stellt, nicht gewachsen zeigten, die, mit einem Worte gesagt, schlechte Ärzte waren; so sank wiederum der Ruf und die Achtung vor dem ärztlichen Stande.

War nun das Angebot von ärztlichen Kräften allmählich nach Einführung der sozialen Gesetze gestiegen, so mußte wiederum die Nachfrage geringer werden; der einzelne hatte sich wieder mehr um sein Einkommen zu mühen und infolge der Konkurrenz mußte nach demselben national-ökonomischen Gesetze das Entgelt für die Leistungen geringer werden. Die Einnahmen des einzelnen Arztes mußten also sinken und sind durchschnittlich auch gesunken, so daß auf einzelne ärztliche Leistungen manchmal Beträge entfallen sind und wohl noch entfallen, die einem Hungerlohne ähnlicher sehen als der Bezahlung einer ehrlich geleisteten Arbeit irgend welcher Art.

Unserm Stande hängt seit uralter Zeit — seit der Entstehung des Sprichworts „*dat Galenus opes*“ — ein eigenartiger Dualismus an: er umfaßt eine Mischung von ideellen und materiellen Prinzipien: das Wohl der kranken Menschen zu fördern ist eine Forderung, die im Namen der altruistischen Humanität an uns gestellt wird, unser eigenes Leben und das unserer Familie möglichst günstig zu gestalten, ist Sache des egocentrischen Prinzips, des Vermögenserwerbes: Beides sind Grundsätze unserer gesellschaftlichen und staatlichen Ordnung; nur selten sind diese aber so innig in einem Beruf verbunden, wie bei dem des Arztes, der auf der einen Seite seine Kunst gegen Lohn abgibt, auf der andern Seite selbst das Verlangen in sich trägt, das die Allgemeinheit auch von ihm ohne weiteres als selbstverständlich verlangt, allen Kranken

barmherzig wohlzutun und zu heilen. Das Prinzip der Humanität setzt man bei uns Ärzten stillschweigend, ohne weitere Anerkennung, voraus, man nützt uns, wie das der Gesellschaftsordnung entspricht, auch auf Grund desselben, vielfach sicher ohne bewußte Absicht, stärker aus, als wir selbst es meist ahnen, gibt freilich in manchen Fällen damit dem Arztberuf eine Gloriole ethischer Bewertung, die oft um so weniger ernst gemeint ist, je weniger sie in Geld zu bewerten ist. Denn andererseits schätzt uns eine große Zahl unserer Volksgenossen in unserer sozialen Bedeutung und in unserer gesellschaftlichen Stellung nach unsern, wie ausgeführt, verringerten Einnahmen. Auch diese rein plutonomische Einschätzung hat dem ärztlichen Stande geschadet. Denn ein Beruf, dessen Arbeit so schlecht bezahlt wird, wie der des praktischen Arztes, steht auf der gesellschaftlichen Stufenleiter vielfach nicht höher als andere schlecht bezahlte Berufe, einerlei welche intellektuellen und ethischen Voraussetzungen er hat. Und die in Bezahlung der dem Arzt hierin gleichstehenden Berufe können Sie sich nach den traurigen Erfahrungen der letzten Jahrzehnte gar nicht schlecht genug vorstellen. Es genüge hier darauf hinzuweisen, daß es nicht einmal, sondern oft vorgekommen, daß ein Arzt vertragsgemäß für eine berufliche Leistung (Sprechstundenberatung oder Besuch) mit 12—14 Pfg. abgespeist worden ist, sodaß der Ausdruck eines mir bekannten Arztes, er habe sich seine Einnahmen „an den Stiefelsohlen wieder abgelaufen“, wohlberechtigt erscheint.

Die mit dem Wachsen des Volksreichtums zunehmende Tendenz, den Geldbesitz als Maßstab sozialer Bedeutung anzulegen, hat überall, nicht nur in unserem Beruf, eine Verminderung der Achtung vor der idealistisch gesinnten Wissenschaft ausgeübt. Dieser Schatten fällt auch auf ihre Träger. Sogar in unserem eigenen Stande können Sie die Beobachtung machen, wie der wissenschaftlich arbeitende Arzt dem routinierten Allerweltswisser und Praktiker, der ernste gewissenhafte Berater dem Schwadronneur und dem geschwiegelten Lebemann hintangesetzt wird. Die Beschäftigung mit der Wissenschaft gilt vielfach als Liebhaberei, die wohlhabenden Leuten ganz gut ansteht, ihnen „Fonds gibt“. Aber ernsthafte wissenschaftliche Arbeit trägt nichts ein, solche Leute nehmen keine „Stellung“ ein, die Achtung vor ihnen wie vor ihrer Wissenschaft ist gesunken und sinkt noch.

Wir haben nun eine ganze Reihe von Ursachen der traurigen Veränderung, die mit dem ärztlichen Stand vorgegangen ist, kennen gelernt; aber es handelte sich dabei allemal um äußere Ursachen, und wir sind

nicht Pharisäer genug, nur solche zu suchen. Die Männer, die uns in den letzten schweren kritischen Jahren den Weg zu besserem Lande gezeigt haben, haben den Finger auch auf manche schadhafte Stelle am eigenen Leibe des ärztlichen Standes gelegt, und wir wissen recht wohl, daß mit der Überfüllung des Berufs, wie sie die erhöhte Nachfrage nach ärztlicher Kunst mit sich gebracht hat, auch manche in die Gefolgschaft der Asklepiaden getreten sind, die uns anderen nicht immer zur Zierde gereicht haben. Die gefährlichen Klippen, um die sie die ins Maßlose gesteigerte Konkurrenz herumfahren hieß, haben manchen festgehalten: Ehrgeiz, Brodneid, bittere Not und unkollegiale Gesinnung haben viele zu nicht standesgemäßem Verhalten, zu Unterbietungen, zu Intrigen, und wie offen eingestanden werden muß, manchmal auch zu eines Ehrenmannes nicht immer würdigen Handlungen getrieben. Unsere Sorge muß es aber sein, solches in Zukunft zu verhüten. Wir haben es als eine unserer hauptsächlichsten Aufgaben zu betrachten, unter uns allen eine vornehme Kollegialität walten zu lassen, die Ärzte organisatorisch so zusammen zu fassen, daß sie, wie uns das andere gelehrte und ungelehrte Berufe schon früher gezeigt haben, Halt an einander haben können, und daß strauchelnde Elemente, denen die Versuchung übermächtig zu werden droht, gehemmt und gestützt werden, daß andererseits solche, denen der Titel eines Ehrenmannes versagt bleiben muß, aus unserer Standesorganisation ausgestoßen werden.

Damit sind schon neben den Gründen für den Niedergang des ärztlichen Standes Mittel gestreift worden, die angewendet werden müssen, um ihn wieder zu heben. Als einen der Hauptübelstände haben wir vorhin die sehr erhebliche Überfüllung kennen gelernt, und als einer der einfachsten Verbesserungsvorschläge ist daher seit langem empfohlen worden, den Gymnasialabiturienten vom Studium der Medizin abzuraten. Daß die vielfachen in den Zeitungen und Flugblättern, sowie in eigenen Publikationen erfolgten Warnungen nicht ohne Erfolg geblieben sind, zeigt Ihnen die allmählich sinkende Zahl der deutschen Studenten der Medizin, das Leerwerden der klinischen Hörsäle und die geringere Anzahl der Approbationen. Dazu mögen auch die dem Laienpublikum nicht unbekannt gebliebenen schlechten Erwerbsverhältnisse der Ärzte, ihre geringe Bezahlung und ihr vermindertes Einkommen beigetragen haben. Aber schon füllen sich die Hörsäle der vorklinischen Semester wieder: neben den Gymnasialabiturienten haben die Realschulabiturienten, haben endlich auch Frauen nach genügender Ausbildung das Recht erhalten, Medizin zu studieren. Die Überfüllung des ärztlichen Standes, die

einzelne Ärzte zu den eigentümlichsten Spezialitäten getrieben hat — und treibt, wird also bleiben.

Wohl aber steht es uns frei, dafür zu sorgen, daß alte Fehler nicht wieder von den jungen Kollegen wiederholt werden. Unkollegialität und Brotneid können verschwinden, wenn sich nicht jeder selbst überlassen bleibt, wenn ihn das freie Bewußtsein zu seinen Kollegen halten läßt, einer des gemeinsamen Bandes Teilhaftigen zu sein, das die Liebe zur Wissenschaft und zur ärztlichen Kunst um uns schlingt. Die Hebung des Standesgefühls aber, die eine Festigung des Charakters in Standessachen überall und jederzeit zur Folge gehabt hat, kann durch mancherlei Mittel bewirkt werden, von denen die zwingenden jedenfalls erst an letzter Stelle wünschenswert erscheinen.

Nach meiner Erfahrung wird es u. a. die Beschäftigung mit der Geschichte unserer Wissenschaft und unseres Standes sein, deren weit in die frühesten Zeiten der menschlichen Erinnerung zurückreichende Tafeln eine eindringliche Sprache von der sozialen und ethischen Bedeutung des Arztes reden. Mit dem Bewußtsein seines Wertes wird ihm auch aus der Geschichte die Lehre von der Notwendigkeit der Unterordnung unter größere Ziele erstehen. Um dem einen formalen Ausdruck zu geben, besitzen wir seit langem die Ärztevereine, die neben der Pflege wissenschaftlicher Vervollkommnung den kollegialen Zusammenschluß zu fördern suchen und weiter in unserer Zeit bürokratisch wohlbeliebter Vertretungen einzelner Interessentengruppen die den Stand vertretenden Ärztekammern. Was diese zu leisten vermögen, sollen sie erst noch zu zeigen versuchen. Einstweilen hat sich eine Mehrzahl der Ärzte andere, weniger gesetzgeberisch beliebte Formen ausgesucht, in denen ihre wirtschaftlichen Interessen privatim intensiver vertreten werden.

Der dualistische Inhalt ärztlicher Tätigkeit — Humanität und Geldverdienst — läßt weiter mancherlei, nicht alle im einzelnen hier zu schildernde, Verbesserungsvorschläge und Wege zu. Die Humanität wird zwar am Arzt geschätzt: man setzt ein in ihr enthaltenes Pflichtgefühl rein altruistischer Art bei ihm voraus, aber man glaubt nicht nötig zu haben, sie ausdrücklich anzuerkennen oder auch nur von ihr zu sprechen. Ja, die Ärzte selbst scheinen es zu vermeiden, von ihr zu reden; daß aber eine Betonung dieser durchaus aus sittlichen Beweggründen geleisteten Humanität dem vielfach hierin etwas spröden Publikum gegenüber nur von Nutzen sein könnte bezüglich der Anerkennung derselben, wird auch für den humansten unter den Humanitätsbegeisterten leicht ersichtlich sein. Unbedenklich darf die spontan gesteigerte Nächstenliebe des Arztes,

auf Grund deren Ansprüche an uns gestellt werden, Laien gegenüber im allgemeinen betont werden. Auch das Verhältnis des Arztes zum Kranken kann auf diese Weise nur von vornherein gewinnen. Wie diese Betonung zu geschehen hat, bleibt selbstverständlich dem persönlichen Takt des einzelnen überlassen, muss auch je nach dem Publikum, an das sie sich richten soll, verschieden gefaßt werden. Die Tages- und die periodische Presse in dieser Richtung zweckentsprechend zu beeinflussen, durch öffentlichen Hinweis auf die Verdienste, Leitworte und Ideale berühmter und bekannter Ärzte läßt sich da manches ausrichten. Wenn nur der Arzt seine humane Betätigung vor sich selbst und vor seinem Gewissen hoch genug einschätzt, dann wird es ihm verhältnismäßig leicht gelingen, anderen seine Überzeugung von dem hohen persönlichen und sozialen Wert desselben in der richtigen Weise einzupflanzen.

Auch die Verbesserung der ärztlichen Einnahmen würde zweifellos ein geeignetes Mittel sein, in der Meinung recht umfangreicher Kreise den ärztlichen Stand zu heben, sein Ansehen zu erhöhen. Und es kann nicht geleugnet werden, daß auch andere Gründe eine derartige Verbesserung sehr, sehr wünschenswert erscheinen lassen: Einer besonders, nämlich eben die kärgliche und unwürdige Bezahlung der ehrlich und unter Gefahren geleisteten Arbeit. Daß eine Änderung hier eintreten kann, zeigt der bereits erzielte Erfolg: zuerst waren führende Kreise der deutschen Ärzteschaft der Überzeugung, daß von staatswegen Hilfe zu erwarten sei. Indessen zeigte sich bald, daß diese Hoffnung trügerisch gewesen war, denn der Staat ließ die Ärzte in dem Kampf, den sie mit ihren wirtschaftlichen und wissenschaftlichen Gegnern auszufechten hatten, allein, ja er ergriff sogar des öfteren in seinen Organen gegen sie Partei. Die Kämpfe mit den großen und kleinen Krankenkassen sind Ihnen aus den Tageszeitungen wohl allen geläufig. Von unsern Gegnern lernten die jungen Führer der deutschen Ärzteschaft, daß die Organisation das einzige Mittel sei, widerstrebende Gewalt zu brechen. Der Ärztestand ist heute fast vollkommen organisiert, in lokalen Ärztevereinen, in staatlich konzessionierten Ärztekammern und in dem großen Verband zur Wahrung unserer wirtschaftlichen Interessen, dessen Erfolge auf diesem Gebiete in der kurzen Zeit seines Bestehens die der beiden andern Vereinigungen weit übertroffen haben. Der Zusammenschluß aller deutschen Ärzte ist fast vollendet; durch unsere Einigkeit haben wir wirtschaftliche und — vor allem moralische — Siege errungen, zweifellos werden wir auf dem gleichen Wege die Hebung des ärztlichen Standes erreichen können. Aber auf die Gemeinschaft allein darf sich

der einzelne nicht ganz verlassen; er bleibt auch so ein in gewisser Beziehung recht isolierter Pfahl, gegen den brandende Wellen schlagen. Nur persönliche Bekämpfung widriger Verhältnisse können ihm wirklich helfen, die Unterstützung seiner Standesgenossen ist nur ein Teil seiner Widerstandskraft. Um aber kämpfen, um sich — und den Ihren — eine Stellung erkämpfen zu können, müssen Sie das Schlachtfeld kennen; will man sich etwas erarbeiten, so lohnt vorher das Studium der Bedingungen, unter denen die Arbeit vor sich gehen soll. Und deshalb, meine Herren, müssen Sie über die Dinge, die ihrer in der Praxis warten, unterrichtet sein; Sie müssen wissen, wie Ihnen die Kranken gegenüber stehen. Oft genug hat sich solche Unkenntnis bitter gerächt. Wir alle an der Klinik haben deshalb Wert darauf gelegt, Ihnen die Verhältnisse der Praxis möglichst nahe zu bringen. Wir haben Sie über die Beziehungen der Klinik zu den behandelnden Ärzten draußen, über die der Kranken zu den einweisenden Ärzten orientiert. Sie haben auch gelegentlich Vorschläge gehört, wie wir möchten, daß sich der Arzt draußen zu dem entlassenen Kranken verhalten möge. Dieses alles sind Dinge, und müssen solche sein, die sich auf das rein krankheitsmäßige beziehen. Der Arzt soll aber auch, und nicht zum kleinsten Teile, Mensch sein, der also alle die anderen Verhältnisse des Kranken, nicht nur die Krankheit, kennt, und danach sein Handeln einrichtet.

Da zeigt sich nun die bedeutende Schwierigkeit für den Arzt unserer Zeit. Er steht nur bei einem kleinen Teile seiner Kranken allein als Mensch dem Menschen gegenüber, ein anderer größerer Teil tritt ihm unter bestimmten Bedingungen entgegen, die sie beide ihrer Freiheit nach vielen Seiten berauben.

Einen großen, wenn nicht den größten Teil aller Kranken führen heute die Träger der sozialen Versicherung, die vom Staat ins Leben gerufenen und von ihm begünstigten Einrichtungen derselben zum Arzt. Tausende und abertausende von Menschen, die nicht daran denken würden, sich an einen Arzt zu wenden, tun es, durch die sozialen Versicherungen dazu berechtigt und gezwungen. Die soziale Versicherung baut sich auf auf den Institutionen, die der Staat zu diesem Zweck geschaffen hat, oder die er ausdrücklich anerkennt. Mit diesen Institutionen und den Gesetzen, auf denen sie aufgebaut sind, mit den Vorschriften, die sie für die ihnen zugehörigen Menschen — Gesunde wie Kranke — erlassen haben, hat der Arzt täglich zu tun, sich nach ihnen zu richten und sie zum Wohle seiner Kranken zu verwenden. Deshalb muß er über ihren Inhalt genau unterrichtet sein. Viele dieser Institu-

tionen haben aber, auch eben, weil sie so viel mit den Ärzten zu verkehren hatten, besondere Bestimmungen über diesen Verkehr mit uns getroffen. Auch diese kennen zu lernen ist notwendig, wenn ein gedeihliches Zusammenarbeiten gewünscht wird. Wir Ärzte werden jedenfalls die letzten sein wollen, an deren Nichtbeteiligung das große Werk der sozialen Gesetzgebung, um das uns die Völker des Erdballs beneiden, scheitern oder in seinen Wirkungen verringert werden soll.

Leicht ist es nun, und auch öfters beliebt worden, einzuwenden, daß es sich bei diesen Dingen doch eigentlich nicht um ärztliche Fragen handele, daß die Wissenschaft von ihnen unberührt bleibe. Wir werden aber im folgenden sehen, daß im Gegenteil die soziale Gesetzgebung nicht nur die Erkenntnis der Krankheiten vertieft und befördert hat, sondern daß sogar gewisse ganz neue Disziplinen aus ihr entstanden sind, daß nicht nur altbekannte Krankheiten genauer studiert, sondern auch neue entdeckt worden sind. Wir werden ferner erkennen, daß der Arzt, der über die Verhältnisse, unter denen eine Heilung vor sich geht, recht genau unterrichtet ist, besser die Behandlung wird leiten können, eher die Heilung wird herbeiführen können, als ein anderer, der von diesen Fragen nicht unterrichtet ist.

Wenn wir hier von Versicherungsmedizin sprechen, so soll damit nicht gesagt werden, daß es sich um etwas ganz neues handele, was etwa den Rang einer eigenen Wissenschaft beanspruchen müsse; im Gegenteil mag hier ausdrücklich betont werden, daß der nahe Zusammenhang mit der Heilkunde, mit der wissenschaftlichen Tätigkeit, der Erforschung der Diagnose und der Behandlung von Krankheiten, die Grundlage andeuten muß, auf der eine wahrhaftige Versicherungsmedizin erst erwachsen kann. Die Heilkunde bleibe für uns deutschen Ärzte allezeit die Hauptsache; aber darüber sollen die Bedingungen, unter denen wir sie möglichst zum Heile des Kranken ausüben können, nicht vergessen werden. *Salus aegroti suprema lex*, mag auch heute noch als die vornehmste Devise des Arztes gelten. Aber das „Heil des Kranken“ kann nur der Arzt am besten erreichen, der auch die ihn umgebenden Verhältnisse am besten erkennt. Die Kenntnis der Versicherungsmedizin ist heute dazu unerlässlich.

Was heißt nun und zu welchem Ende beschäftigen wir uns mit der Versicherungsmedizin? Der Name deckt die verschiedenen hierher gehörigen Dinge nicht ganz. Das Gemeinsame ist der Begriff der Versicherung. Dieser Begriff ist, wie wir sehen werden, nicht etwa modernen Ursprungs: aber Versicherung gegen Schäden, die dem Menschen durch

beeinträchtigte Gesundheit erwachsen, war freilich den früheren Geschlechtern nicht bekannt. Erst englische Nationalökonomien des 18. Jahrhunderts erfanden die Lebensversicherung, die eigentlich und ursprünglich eine Todesversicherung für die hinterbliebenen Angehörigen darstellt, erst dem 19. Jahrhundert und seinen wirtschaftlichen Kämpfen verdanken wir die Bildung des Gedankens, auch für die Zeiten der Krankheit den sozial schlecht gestellten Mitbürgern durch Organisationen auf breiter Grundlage die Mittel zur Versorgung und zur ärztlichen Behandlung während der Krankheit zur Verfügung zu stellen. Die Träger dieser Versicherung — staatlicher wie privater — bedürfen aber naturgemäß einer stets sich stützenden Inanspruchnahme der ärztlichen Tätigkeit, sei es, daß sie dem Arzte ihre Kranken zur Behandlung, zur Beobachtung, zur Begutachtung senden, sei es, daß sie bei technischen und bei Verwaltungsangelegenheiten seines Rates oder seiner Tätigkeit bedürfen. Alle die ärztlichen Fragen, die da an den Mediziner herantreten, wollen wir unter dem Namen der **Versicherungsmedizin** zusammen fassen. Und diese Fragen spielen, wie Ihnen, wenn Sie aufmerksam die ärztliche Tätigkeit in der Praxis verfolgt haben, ohne weiteres aufgefallen sein wird, überall eine bedeutende Rolle, einerlei, welche Art des ärztlichen Berufes Sie in Betracht ziehen. Selbst der Militärarzt, der sonst den Fragen des bürgerlichen sozialen Lebens am fernsten steht, kann heute ohne die Kenntnis der Versicherungsmedizin nicht mehr auskommen.

Und wir müssen uns eben deshalb mit diesem Zweige unserer Wissenschaft vertraut machen, weil wir alle ohne ihn nicht mehr aus- und vorwärtskommen, weil die Kenntnis der Bedingungen, unter denen sich unsere Arbeit abspielen soll, die Voraussetzung für einen günstigen Verlauf unseres Lebens- und Berufskampfes ist. Zu einem kleinen Teile weiter aber betreffen uns die Einrichtungen der Versicherungsmedizin auch an eigener Person. Während die sozialen Gesetze vorwiegend zu Gunsten der minderbemittelten Klassen geschaffen wurden, beziehen sich die Unfallversicherung und die Haftpflichtversicherung auf alle Kreise, ebenso die Lebensversicherung, die sich speziell freilich an die begüterteren Klassen wendet. Bei allen diesen Einrichtungen kommt der Arzt selbst als Versicherungsnehmer in Betracht. Er wird aber von seinen Kranken, soweit es sich bei ihnen um ein rechtes hausärztliches Verhältnis handelt, wo der Arzt auch in anderen, als nur den Krankheitsfragen, den Berater der Familie darstellt, auch über diese Dinge und über die rein äußerlichen Fragen dabei angegangen werden. Ein Arzt

ohne die Kenntnis der Versicherungsmedizin kann heute, das darf ruhig behauptet werden, nicht mehr seinem Beruf in vollem Maße vorstehen.

Zu den Ruhmestiteln der Deutschen Ärzteschaft hat es von jeher gehört, daß ihre Mitglieder auch an den Fragen des öffentlichen Lebens und an denen der Wissenschaft, insbesondere der Naturwissenschaften regen Anteil genommen haben. Und gerade die Beschäftigung mit der Versicherungsmedizin ist außerordentlich geeignet, Interesse dafür zu erwecken und Arbeitskräfte für diese allgemeinen Fragen zu gewinnen. Die Mitwirkung der Ärzte an solchen Fragen ist für die gesetzlichen und privaten Institutionen gar nicht zu umgehen: anthropologische und soziale Probleme, naturwissenschaftliche und biologische Gesichtspunkte ergeben sich, wie wir sehen werden, überall in reichem Maße. Die großen hygienischen Fragen unserer Zeit, die Bekämpfung der Tuberkulose und die der Geschlechtskrankheiten, beruhen zum Teil auf der Mitwirkung der Versicherungsträger und haben von den Ärzten, die sich mit der Versicherungsmedizin beschäftigt haben, neue Anregung erhalten. Es ist nur zu wünschen, daß sich recht viele von den Ärzten, die ihr Beruf täglich in tausendfältige Berührung mit der Versicherungsmedizin bringt, für diese allgemeinen Fragen eingehend interessieren. Je mehr Förderer, um so wirksamer die Förderung!

Wir werden uns im folgenden, der sachlichen Gliederung des Stoffes entsprechend, mit den drei großen Versicherungsgesetzen staatlicher Organisation zuerst beschäftigen, nachdem wir die Entwicklung der Versicherung gegen Lebensschäden kennen gelernt haben. Der Inhalt der Gesetze muß, allemal mit Beziehung auf die ärztliche Praxis dargelegt werden. Wir müssen außerdem aber an praktischen Beispielen lernen, wie wir uns im einzelnen zu verhalten haben, wenn wir als behandelnder oder begutachtender Arzt, oder als beides zugleich mit den „sozialen Gesetzen“, wie man sie vielfach ohne weiteres nennt, zu tun haben. Dementsprechend wollen wir, besonders bei der Invaliditäts- und der Unfallversicherung an der Hand von Krankenberichten und Akten über Kranke, die sich auf der Klinik befinden, alle Phasen der verwaltungstechnischen und ärztlichen Erörterung an uns vorüberziehen lassen. Bei der Unfallversicherung werden wir Gelegenheit haben, von den typischen Unfallkrankheiten, soweit sie sich auf das Gebiet der inneren Medizin beziehen, einiges kennen zu lernen: auch die Methoden der Untersuchung werden, wenn auch als bekannt vorausgesetzt, doch oft gestreift werden müssen. Weiter sollen im Anschluß an die staatliche, die private Unfallversicherung, die neuerdings sehr wichtig gewordene Haftpflichtversicherung, bei der unsere ärztliche Tätigkeit ebenfalls oft in

Anspruch genommen wird, und endlich das höchst wichtige Gebiet der Lebensversicherung eingehend behandelt werden, sowohl was die Verwaltung und die Technik der letzteren anlangt, wie die mancherlei Fragen, die den Arzt bei der Lebensversicherung angehen, endlich darf das nicht vergessen werden, was die Erfahrungen der Lebensversicherungsgesellschaften für die medizinische Wissenschaft an wichtigen Zahlen und Beobachtungsschlüssen zusammengetragen haben. Dieses Material mehr als bisher geschehen, auszunützen, und zu seiner Verarbeitung anzuregen, ist die Aufgabe der künftigen Ärzte Deutschlands.

Die Gutachtertätigkeit des Arztes, auf der das Zustandekommen der großen Hoffnungen, die alle Beteiligten aus der sozialen Gesetzgebung geschöpft haben, zum großen Teil beruht, muß uns als solche ebenfalls eingehend beschäftigen. Die Beziehungen des Arztes zum Kranken, die Beziehungen zu den Trägern der Versicherung, sind so verwickelt und durch mancherlei gesetzliche und den Stand angehende Bestimmungen beschränkt, daß auch sie erörtert werden müssen.

Meine Aufgabe, m. H.!, die ich mir gesetzt habe, ist also in diesen Vorlesungen nicht, Sie die Versicherungsmedizin als Wissenschaft zu lehren; dazu gehört eingehendes medizinisches und juristisches Studium, national-ökonomische Bildung und die Kenntnis von sozialen, biologischen und verwaltungstechnischen Grundlagen, die ich bei Ihnen nicht voraussetzen darf, die Sie sich, wie ich hoffe, wenn Sie Interesse an der Versicherungsmedizin gefunden haben, vielleicht später durch weiteres Eindringen in die Einzelheiten des Themas, das so weitreichende Beziehungen hat, erwerben. Ich will Sie vielmehr in die Versicherungsmedizin einführen, mit dem ausgesprochenen Zweck, Sie sowohl über die praktische Betätigung in der Versicherungsmedizin zu unterrichten, wie andererseits bei Ihnen Interesse für die wichtigen allgemeinen Gesichtspunkte zu erwecken, die die Beschäftigung mit der Versicherungsmedizin vor uns erstehen läßt, damit Sie sich selbst an der Lösung von Fragen, die mit ihnen in Zusammenhang stehen, beteiligen, sei es im großen, sei es im kleinen. Niemals werden Sie aus einer solchen allgemeineren Betätigung ihrer ärztlichen Arbeit schaden, im Gegenteil, je mehr Sie menschliches Wesen nach jeder Richtung erkennen lernen, — und dazu verhilft Ihnen auch die Versicherungsmedizin — um so bessere Ärzte werden Sie sein. Und darauf kommt ja doch alles hinaus, was Sie auf der Universität treiben und treiben sollen. So laufen auch diese Vorlesungen über Einführung in die Versicherungsmedizin aus in das eine gemeinsame Ziel der bestmöglichen Erziehung zum Arzt.

Zweite Vorlesung.

Die Entwicklung des Versicherungsgedankens.

Innungsgebräuche. Berufssterbekassen. Gewerbekassen. Familienkrankenkassen. — Ärztliche Hilfe bei den nicht Versicherten. Stellung der Ärzte. Fehlen der vom Staat anerkannten Autorität. — Krankheit — Not. Fürsorge der Gemeinden und des Staates. — Kaiserliche Botschaft 1881. Wirtschaftliches Prinzip. Ziel der staatlichen Versicherung. Verschiedene staatliche Versicherungszweige: Kranken-, Invaliden-, Alters-, Unfallversicherung. Private Versicherungsanstalten: Unfall-, Lebensversicherung. — Nationalökonomischer Wert und Schaden. Verweichlichung, Übertreibung, Simulation. — Notwendigkeit der Kenntnis sozialer und juristischer Fragen neben der Medizin bei der ärztlichen Tätigkeit für die Versicherung. Einwirkung der Wohlfahrtsgesetzgebung auf den ärztlichen Stand.

Literatur:

- 1. Handbuch der sozialen Medizin. Bd. 2. Jena 1903.
- 2. Hahn, Das Recht der Arbeiterversicherung.

Die soziale Gesetzgebung war nicht etwas absolut neues. Der Gedanke, daß eine Anzahl von Personen die wirtschaftlichen Schäden der Lebensgefährdung in gemeinsamer Beteiligung leichter ertragen könne als der einzelne, ist im Grunde schon in philosophischen Spekulationen des platonischen Systems enthalten. Die praktische Ausführung dieses Gedankens findet sich in allerlei Institutionen des Mittelalters verwirklicht. So war, um nur eins zu erwähnen, bei den Innungen der meisten Städte die Einrichtung getroffen, daß gegen Entrichtung gewisser Beiträge den Hinterbliebenen der Innungsangehörigen eine bestimmte Summe für das Begräbnis des Verstorbenen zugesichert war oder auch daß bestimmte Dienste die bei dieser Gelegenheit sonst von anderen Leuten gegen Entgelt verrichtet wurden, von Mitgliedern der Innung ohne Bezahlung verrichtet wurden. Als diese Verpflichtung der Innungen, den

Hinterbliebenen in gewisser Weise behilflich zu sein, weiter ausgedehnt wurde, wenn z. B. Geldbeihilfen und werktätige Unterstützung der Hinterlassenen gewährt wurden, ergab sich bereits ein Anklang an das, was wir heute bei den Krankenkassen als das sogenannte Sterbegeld noch haben und was in gewisser Weise an die Lebensversicherung, die ja eigentlich eine Hinterbliebenenversicherung ist, erinnert. Auch abgetrennt von den Innungen, wenn ein bestimmter Beruf z. B. keine Innung bildete, wurden solche Einrichtungen gegründet, oft unter dem Namen der Totenladen. In meiner Vaterstadt Bremen existiert heute noch eine Nachtwächtertotenlade, deren Gründung in das 17. Jahrhundert zurückreicht; im Anschluß daran bildeten sich weiter, frei vom Zwang der Innungen, eigene Sterbekassen der Stadtbürger, denen jeder beitreten konnte; manchmal geschah es auf Grund einer frommen Stiftung, die zu diesem Zwecke gemacht worden war. Aus derselben Stadt ist mir auch dafür ein Beispiel bekannt, die Sterbekasse „Soli deo gloria“, die in der genannten Weise entstanden ist. Die Innungen hatten von vornherein den Grundsatz der gegenseitigen Unterstützung aufgestellt; es kann daher kein Wunder nehmen, wenn solche Berufe, die sich mit besonderen Gefahren verknüpft glaubten oder wirklich damit verknüpft waren, sich innungsmäßig zusammenschlossen und außer anderem für die im Beruf geschädigten Mitglieder, die nun nicht mehr in der Lage waren, genügend zu verdienen, in gemeinsamer Weise aufkamen und für sie sorgten. Hier sind als vorbildlich die Knappschaften, die Innungen der Bergleute zu nennen, die schon früh in ausgezeichneter Weise für ihre Angehörigen Sorge getragen haben und zwar, wie besonders hervorgehoben sein mag, ohne daß von außen irgend ein Anstoß dazu an sie herangetreten wäre. Den Bergleuten gleich haben es viele andere Berufe auch getan; die sogenannten Gewerbekrankenkassen verbreiteten sich weit in Deutschland. Ursprünglich, wie die Knappschaftskassen gegründet, zum Zwecke der Entschädigung der im Berufe verunglückten und erkrankten, gingen sie alsbald dazu über, auch andere Krankheiten, die sich ihre Mitglieder zuzogen, als Unterstützungsgrund anzusehen, und sie während derselben mit pekuniärer und Naturalunterstützung zu versorgen. Zu dieser Naturalunterstützung, die sich auf billig, weil im großen eingekaufte Nahrungsmittel bezog, gesellte sich dann auch die wohlfeil erworbene ärztliche Hilfe, auch gewissermaßen eine Naturallieferung, die die Knappschaften ihren Mitgliedern so billig wie möglich zu verschaffen suchten. Ebenso wurde es mit den Apotheken gehalten. Man sieht, es sind das Verhältnisse, wie sie heute jedem Laien aus den

Tageszeitungen bekannt sind. Von den Gewerbekrankenkassen ist es nur ein Schritt weiter zur Gründung der sogenannten Familienkrankenkassen, die, abgesehen von Ausschluß des Berufsprinzips, genau den eben besprochenen Einrichtungen gleichen. Auch hier Geldunterstützung, billige oder von der Kasse aus gezahlte ärztliche Hilfe und Apothekerlieferung. Sowohl die Knappschaftsrankenkassen wie die Gewerbe- und die Familienkrankenkassen existieren noch heute weiter, wenn sie auch nur einen kleinen Teil der versicherten Bevölkerung umgreifen und im wesentlichen nur neben den staatlichen Versicherungseinrichtungen hergehen. Damit ist die Entwicklung des Krankenkassenwesens bis zum Eingreifen der staatlichen Arbeiterversicherung in kurzen Zügen gekennzeichnet.

Prinzipiell nicht viel anders, aber in weit geringerer Ausdehnung hat sich ähnliches zugetragen bezüglich der Versicherung gegen Alter, gegen Invalidität und gegen Unfallschäden. Das letztere lag manchen Berufen, wie schon hervorgehoben, z. B. den Bergleuten, sehr nahe, die Altersversicherung hat ihrerseits in gewissen Einrichtungen der Zünfte ihre Vorläufer. Das ganze Gebäude der heutigen Arbeiterversicherung ruht im wesentlichen schon in den alten Zunftgebräuchen des Mittelalters vorbereitet, und die Grundlagen unserer staatlichen Sozialpolitik finden wir in den Handwerkergebräuchen unserer Vorfahren wieder.

Was aber jetzt allen den Millionen der deutschen Arbeiter zu gute kommt, das erstreckte sich damals nur auf wenige tausende; was heute der Arbeiter schon als sein Recht fordern zu können glaubt, galt damals als das geschützte und eifersüchtig gewahrte Vorrecht einer besonderen Klasse.

Alle anderen konnten an den Vorteilen dieser Einrichtungen nicht teilnehmen; sie standen also den Krankheiten des Berufs und den Schäden des Alters ganz anders gegenüber wie jetzt.

Wurde damals ein Angehöriger der weniger günstig gestellten Volksklassen krank, so wartete er zunächst, wenn nicht die Schmerzen allzu groß waren, auf seine spontane Genesung; zum Arzt zu schicken erforderte neben der Schwierigkeit, z. B. auf dem Lande einen Arzt zu bekommen, einen verhältnismäßig großen Aufwand an Geld. Vielleicht wurde gar nicht ein *medicus purus*, ein praktischer Arzt, wie wir jetzt sagen würden, geholt, man begnügte sich mit einem Heilgehilfen oder einem Chirurgus 1. oder 2. Klasse, die bis in die 70er Jahre des 19. Jahrhunderts hinein noch überall tätig waren. Oder man wendete sich gar an die Vertreter der „wilden“ Medizin, sei es eine Hebamme oder ein

Schäfer, ein Bruchschneider oder ein sympathetisch Heilender. Erst, wenn es Matthaei am letzten, wurde in vielen Fällen der Arzt geholt, und es kann keinem Zweifel unterliegen, daß unsere Tätigkeit an Umfang gewachsen ist, seitdem der Volkswohlstand so erheblich gestiegen und außerdem die sozialen Gesetze einen viel größeren Kreis der Bevölkerung der ärztlichen Beratung und Hilfe erschlossen haben. Zu jenen Zeiten kam der Arzt, wenn er gerufen wurde — und neben der moralischen Verpflichtung band ihn damals auch gesetzliche Vorschrift, jeder Bitte um Beistand alsobald zu folgen — ohne daß er wußte, ob er für seine Hilfe und seine Tätigkeit den entsprechenden Lohn erhalten würde. Er verlangte ihn natürlich; ob er ihn erhielt, blieb zunächst fraglich. Oft ging er leer aus. Man kann nicht sagen, daß deshalb die damaligen Ärzte ihrem Berufe weniger gern und weniger opferfreudig nachgegangen wären als heute. Waren wohl die Bedürfnisse bescheidener, so ist doch zu bedenken, daß in früherer Zeit statt der wenigen hundert Einwohner eines Landstriches auf einen Arzt wie jetzt oft mindestens ebenso viele tausende kamen, daß also eine ganze Anzahl von wohlhabenderen Kranken den Arzt zu sich beriefen, die sich jetzt auf viele Ärzte verteilen.

Außerdem stand damals dem Arzt die staatliche Autorität in weit größerem Maße zur Seite als heute. Der approbierte Arzt ist zur Zeit vor dem Kurfuscher nur dadurch ausgezeichnet, daß dem letzteren die Erlaubnis zum Führen des „Arzt“-Titels versagt bleibt, alles andere, Rechte fast wie Pflichten sind für beide die gleichen. Als man anno 1869 den ärztlichen Beruf unter die Gewerbe rechnete — leider geschah es mit Zustimmung der damaligen ärztlichen Standesvertretungen — gab man uns als Äquivalent für die teilweise sogar freudig begrüßte Gewerbe-, d. h. Kurierfreiheit, also für die staatliche Anerkennung der „wilden“ Heilkunde, der Kurfuscherei, das Recht, erbetene Besuche und Beratungen nach unserem Belieben ablehnen zu können, zwei Faktoren, die einander in ihrer Bedeutung auch nicht im entferntesten messen können. Seitdem fehlt den Ärzten die staatliche Autorität, abgesehen von den beamteten Ärzten, und seitdem ist, freilich nicht allein deshalb, das Ansehen des Standes und des einzelnen Arztes gesunken bis in die allerletzten Jahre hinein. Erst seit kurzem geht es wieder aufwärts damit.

War es schon mit der ärztlichen Hilfe in Krankheitsfällen in früheren Zeiten schlecht bestellt, so war es noch weit schlimmer mit den anderen Bedingungen günstigen Krankheitsablaufes. Meist mußte der Spargfennig angegriffen werden, wenn der Ernährer der Familie darniederlag, und niemand sonst für die Bestreitung der notwendigen

Lebensbedürfnisse sorgte; teure Arzneimittel, kräftige Speisen, Apparate zur Krankenpflege und zur Behandlung konnten nur gegen Barmittel erworben werden.

Krankheit bedeutete damals wirtschaftliche Not und Sorge für die Existenz. Nun gar, wenn die Krankheit nicht in Genesung ausging, wenn dauerndes Siechtum dem Erkrankten die Erwerbsfähigkeit nahm, so mußte der Betreffende seine Arbeit aufgeben, fiel vielleicht seinen Angehörigen oder der Gemeinde zur Last, die ihn notdürftig im Armen- oder im sog. Krankenhaus — in kleineren Orten oft ein und dasselbe, meist das baufälligste und unhygienischste Gebäude von allen — oder in einem Siechenhause unterbrachte. Konnte die kranke Person noch Arbeit verrichten, oder war ihre Erwerbsfähigkeit durch das wachsende Alter beschränkt, so verblieb sie, oft kärglich gepflegt und als unlieber Gast behandelt, im Kreise der gesunden Ihrigen, allerlei leichte und wechselnde Arbeit verrichtend, halb gelitten, halb bedauert, oft mit Freuden begraben. Ein trauriges Los! —

Die Sorge für die Folgen von Krankheit und Alter dem arbeitenden Volke abzunehmen oder wenigstens zu erleichtern, ist das Ziel der staatlichen Versicherung, ist der Gedanke der Kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881 an den Reichstag, aus der der milde Sinn des ersten Kaisers und die staatsmännische Weisheit des ersten Kanzlers vom neuen Reich geeint und aufeinander abgestimmt, herausklingen. In dem folgenden Vierteljahrhundert ist die Arbeiterwohlfahrts-Gesetzgebung immer weiter ausgedehnt und weiter ausgearbeitet worden; man kann auch heute noch nicht sagen, daß der Bau vollendet sei, noch vieles ist Stückwerk, aber durch die Betätigung erst an diesem Riesenwerk deutscher Volkswirtschaft, an dem alle Kreise, Arbeitgeber, Verwaltungsbeamte, Ärzte, Juristen und Arbeitnehmer teilnehmen sollen, wird es — dauernd der Neid und das Ziel der Nachbarvölker — wachsen und später einmal alle die Wünsche erfüllen, die an seine erste Ankündigung geknüpft worden sind.

Das wirtschaftliche Prinzip der Arbeiterversicherung besteht darin, daß erfahrungsgemäß von einer bestimmten Anzahl Personen nur ein gewisser Anteil während einer gewissen Zeit wegen Krankheit arbeitsunfähig ist. Je größer die Zahlen der Beteiligten sind, um so geringer sind die Fehler dieser Berechnung. Auf je größeren Zahlen somit von Mitgliedern eine Versicherung aufgebaut wird, um so weniger kann sie materiellen Verlusten durch ungeahnte Häufung von Krankheitsfällen ausgesetzt sein. Diesen sehr einfachen Grundsatz werden wir überall

befolgt finden, wo nicht die örtlichen oder zeitlichen Verhältnisse seine Anwendung unmöglich machten. Auch geht heute das berechtigte Bestreben überall dahin, das Prinzip der möglichst zahlreichen Beteiligung, soweit wie irgend angängig, durchzuführen. Alle an der Versicherung gesetzlich zu Beteiligten haben ihre Berechtigung zur Teilnahme an den Wohltaten derselben mit einem bestimmten Beitrag zu erkaufen, der sich nach den voraussichtlichen Ausgaben zu richten hat und bestimmte Ansammlung von Kapitalien für den Notfall erlaubt. Heutzutage, wo man über eine reiche Erfahrung in diesen pekuniären Fragen verfügen kann, sind derartige Berechnungen, wie sie hier naturgemäß in Frage kommen, sehr leicht und ohne voraussichtlich allzu große Fehler ausführen. Um so größer waren die Schwierigkeiten im Beginn der Versicherungsära, wo gerade hierin naturgemäß viele Irrtümer vorkamen. Das Prinzip der gemeinsamen Tragung von Lasten, die der Möglichkeit nach jeden einzelnen betreffen können, die aber doch nach der Statistik nur einen bestimmten und fast immer wiederkehrenden Anteil der Bevölkerung oder vielmehr der Versicherungsnehmer umfassen, findet sich bei allen hier für uns in Betracht kommenden Versicherungsarten verwendet, nicht überall gleichmäßig, wie wir sehen werden, sondern mit einer eigenartig wechselnden Verteilung der Lasten, die nicht nur die Versicherungsnehmer allein befallen, sondern auch auf die Gesamtheit der deutschen Steuerzahler — das Reich — und auf diejenigen, die aus der Arbeit der Versicherungsnehmer einen eigenen Gewinn ziehen — die Arbeitgeber — verteilt sind. Es bedeutet das, wie wohl ohne weiteres einleuchtet, eine ganz erhebliche Verringerung der Lasten für die arbeitende Bevölkerung, und ein den reicheren Klassen zugemutetes Opfer sozialer Art, das in Deutschland mit keinen großen Schwierigkeiten der Einführung zu kämpfen hatte, wie es z. B. von den Vereinigten Staaten, in denen die gewerkschaftliche Organisation allein ohne die Mithilfe des Staates und der Arbeitgeber eine Arbeiterversicherung, freilich viel geringerer Ausdehnung geschaffen hat, kaum erwartet werden dürfte. In vielen Fällen ist überdies die gesetzliche Verpflichtung der Arbeitgeber in Deutschland von ihnen auch noch, wie wir sehen werden, weit überschritten worden.

Der Zweck der Arbeiterversicherung liegt einmal in der schon angedeuteten Entlastung von Sorge um Krankheit und Alter, er liegt ferner in der Erwartung, daß durch ein Arbeiten unter solch besonders günstigen Bedingungen die Qualität der geleisteten Arbeit steigen müsse, daß ihre Produkte einen größeren Absatz finden werden, daß somit eine

derartige Verbesserung der Lage des arbeitenden Volkes dem ganzen Staat und allen seinen Einwohnern zugute kommen müsse. Endlich liegt ihr die Hoffnung zu Grunde, daß der Staat und die Gemeinde, die bisher gezwungen waren, für alle ihre erkrankten und mittellosen Bürger aufzukommen und zu sorgen, dieser Belastung entledigt werden könnten. Nicht alle diese Wünsche sind bisher im ganzen Umfange in Erfüllung gegangen; es bleiben für die nächsten Generationen noch eine Menge Bausteine herbeizutragen, ehe wir von einer einigermaßen ihren Zwecken genügenden Ausarbeitung der Arbeiterwohlfahrts-Gesetze sprechen können.

Wir haben nach den im Augenblick vorliegenden Einrichtungen drei verschiedene Arten der Arbeiterversicherung zu unterscheiden. Zwar besteht seit längerer Zeit die Absicht, die verschiedenen Teile zu einem Ganzen zu vereinigen und namentlich durch Vereinfachung der Verwaltungsbetriebe und durch Zusammenlegung derselben eine Ersparung der „Arbeitergroschen“ zu erzielen, jedoch kann für die nächsten Jahre nach den Äußerungen des Staatssekretärs Grafen von Posadowsky, auf dessen Schultern zurzeit die ganze deutsche Versicherungsgesetzgebung ruht, mit einer auch nur teilweisen Verschmelzung der drei großen Einrichtungen der Arbeiterwohlfahrts-Gesetzgebung nicht gerechnet werden. Die Krankenversicherung bezieht sich auf die plötzliche Erkrankung im Erwerbsleben, ganz einerlei, ob sich der Arbeiter die Krankheit im Beruf oder außerhalb desselben zugezogen hat; die Verpflichtung der Versicherungsträger dauert bis zu einer bestimmten Zeit. Das Ziel der Krankenversicherung besteht in der Sorge für Unterhalt während der Krankheit, für ärztliche Hilfe und für geeignete Heilmittel. — Die Invaliditätsversicherung, getragen von den Versicherungsanstalten, bezieht sich auf den Ersatz der durch chronische Erkrankung erworbenen Erwerbsunfähigkeit, wenn dieselbe eine bestimmte Höhe erreicht, nicht nur, wenn der Kranke erst vollkommen erwerbsunfähig ist. Mit ihr verwaltungstechnisch verbunden ist die Altersversicherung, die einfach nach Erreichung eines bestimmten Lebensjahres in Kraft tritt und außerdem nur an gewisse Beitragsleistungen, nicht an den Nachweis einer Erkrankung geknüpft ist. Keine Entschädigung, ohne daß der Empfänger etwas dazu beigetragen hat; das ist der sozialpolitisch und auch ethisch außerordentlich wichtige Grundsatz gewesen, nach dem diese drei Versicherungen organisiert worden sind. Die Gefahr, daß dem Ersatz für ausgefallene Erwerbsfähigkeit alsdann die Eigenschaft eines Geschenkes beigelegt würde, ist sonst zu groß. Im Gegenteil muß es in das Bewußtsein der arbeitenden Klassen immer

mehr eingeführt werden, daß sie sich mit der Beitragsleistung das Recht erwerben, im Falle der Arbeitsunfähigkeit entschädigt zu werden. — Anders ist bei der dritten großen Versicherung, der gegen Unfall im Betriebe, verfahren worden. Indem man von dem Gedanken ausging, daß in den meisten Fällen der Unternehmer den hauptsächlichsten Gewinn für sich aus der Arbeit seiner Leute zieht, indem man ferner berücksichtigte, daß ohne sein Unternehmen der Arbeiter gar nicht in die Lage käme, durch einen Unfall krank zu werden, hat man die Beiträge zur Unfallversicherung allein auf die Schultern der Arbeitgeber gelegt, die sie, zum Ruhme der deutschen Industrie muß das gesagt werden, nicht nur in sozial denkender Weise übernommen hat, sondern auch die wichtigen Verhütungsmaßnahmen, die die Träger der Unfallversicherung und das Gesetz außerdem noch vorgeschrieben haben, in mustergültiger Weise ausgestaltet haben. Es ist neuerdings der Gedanke aufgekommen, ob es sich nicht empfehlen sollte, die Arbeitnehmer ebenfalls an den Beiträgen zur Unfallversicherung heranzuziehen. Denn einmal liegt hier, wie vorher gesagt, die Gefahr nahe, daß sie die eventuell erhaltene Unfallrente als ein Geschenk der „oberen Klassen“ ansehen, dann aber kann es wohl keinem Zweifel unterliegen, daß der Arbeiter, wenn er selbst mit an der Bezahlung der Unfallrenten interessiert ist, bei der Arbeit die Gelegenheit zum Unfälle vorsichtiger umgehen wird, als das jetzt gerade im Vertrauen auf die Unfallversicherung durch die Unternehmer geschieht. Die Unfallversicherung zeichnet sich auch dadurch vor den übrigen Versicherungen aus, daß sie als einzige eine gradweise Bemessung der Arbeitsbeschränkung zuläßt; dieses Prinzip hat die private Unfallversicherung mit der staatlichen gemeinsam. Die erstere bestand schon lange, wenn auch nicht in der Ausdehnung wie heute. Auch sie gewährten Ersatz für die durch Unfall erworbene Erwerbsunfähigkeit, jedoch mit dem Unterschiede, daß von ihnen alle im täglichen Leben vorkommenden, und gegen besondere Beitragsleistungen, auch Unfälle bei außergewöhnlich gefährlicher Beschäftigung ersetzt wurden, während die staatliche Unfallversicherung nur die durch Unfälle im Betriebe erlittene Arbeitsunfähigkeit ersetzte. Und zwar erstreckte sich der Ersatz sowohl auf die notwendige ärztliche Behandlung und auf den während der verursachten Krankheit verlorenen Verdienst, als auch auf den eventuell dauernden Verlust der ganzen oder eines Teiles der Erwerbsfähigkeit. Die Leistungen der Unfallversicherung sind im einzelnen Fall zwar größer als die z. B. der Invalidenversicherung, aber da Betriebsunfälle nach Möglichkeit zu verhüten gesucht werden und,

was die staatliche Unfallversicherung anlangt, von den Unternehmern und dem Staat selbst durch Einrichtungen und Vorschriften auch wirklich verhütet werden, so bringt die größere Anzahl der einzelnen Fälle bei der Kranken- und Invalidenversicherung doch trotz der geringeren Einzelleistung einen weit größeren Betrag zusammen. Um diese Leistungen vollziehen zu können, war es für die Träger der Kranken- und der Invalidenversicherung notwendig, große Kapitalien anzusammeln, die namentlich bei der letzteren, da es sich um eine beschränkte Anzahl von Versicherungsanstalten handelte, nur unter finanztechnisch geschulter Leitung verwaltet werden konnten. Die Leiter der 31 deutschen Versicherungsanstalten sind daher alle in der einen Hauptseite ihrer Beschäftigung Bankfachmänner.

Hierin finden sie einen Berührungspunkt mit den Leitern der großen privaten Versicherungsanstalten, mögen sie sich nun auf Unfall oder auf Lebensversicherung beziehen. Namentlich die Letzteren, bei denen es sich der Höhe der versicherten Summen wegen um sehr bedeutende Werte handelt, haben vielfach nicht nur den Betrieb und die technische Verwaltung von den großen Geldbanken übernommen, sondern sie haben ihnen auch ihren Namen entlehnt, wie z. B. Gothaer Lebensversicherungsbank oder Bremer Lebensversicherungsbank, u. a. m. Die Lebensversicherung ist ihrem ursprünglichen Sinne nach nicht eine Lebensversicherung im eigentlichen Sinne des Wortes, sondern eine Versorgung der Hinterbliebenen, eine Sparkasse mit dem Risiko des Ablebens des Einzahlers, aber mit der Sicherheit der Auszahlung auch für den Fall seines frühzeitigen Ablebens. Wenn also die Versicherungsgesellschaft gute Geschäfte machen will, so muß sie sich der Teilhaberschaft möglichst langlebiger Personen vergewissern, infolge dessen handelt es sich bei der ärztlichen Betätigung für die Lebensversicherung im Gegensatz zu den andern bisher genannten Einrichtungen nicht darum, Kranke zu behandeln oder zu begutachten, sondern um die Auslese der Gesunden. Neuerdings haben die meisten Lebensversicherungsgesellschaften angefangen, auch Kapital- oder Rentenversicherungen auf bestimmte erreichte Lebensjahre einzugehen, ohne daß deshalb eine wesentliche Änderung der ärztlichen Tätigkeit eingetreten wäre.

Die Hinterbliebenenversicherung, die in der Lebensversicherung eigentlich enthalten ist, war bis vor kurzem nur den oberen und Mittelklassen zugänglich. Letztlin hat eine Reihe von deutschen Gesellschaften sich auch mit Versicherungen auf kleinere Summen beschäftigt, sodaß auch die Arbeiterklasse an dem Segen dieser Einrichtung teilnehmen

kann und vielfach auch schon teilnimmt. Ja, es ist sogar in Erwägung gezogen, die staatsrechtlichen Versicherungsgesetze um ein solches über die zwangsweise Hinterbliebenenversorgung zu vermehren, d. h. also auch hier eine „Lebensversicherung“ einführen, als die man, verglichen mit den neueren Einrichtungen bei den Lebensversicherungsgesellschaften (Versicherung auf bestimmtes Alter), ja auch die Altersversicherung ansehen kann.

M. H.! Nachdem wir nun in Umrissen den Sinn der sozialpolitischen Gesetze und der übrigen Versicherungseinrichtungen kennen gelernt haben, müssen wir den nationalökonomischen Wert und den national-ethischen Einfluß derselben betrachten. Daß die Arbeit in Industrie und Gewerbe, wie die der privaten Beamten und des Handels mit größerer Ruhe und Freudigkeit geleistet werden wird, wenn dem Familienoberhaupt die Sorgen für Zeiten der Krankheit genommen sind, wenn er weiß, daß für ihn im Alter eine gewisse Versorgung in Aussicht steht, läßt sich ohne weiteres erkennen. Aber auch die Zeit der Krankheit selbst hat für ihn, wie ja für den davon Betroffenen, an Beschwerung der Gedanken und an Kummer verloren, wenn er sieht, daß seine Familie nicht unter dem fehlenden Arbeitsverdienst zu leiden hat, daß es nicht mehr darauf ankommt, so schnell wie möglich, sondern darauf, so gut wie möglich wieder hergestellt zu werden, daß der Kranke nicht gezwungen ist, nach kaum erreichter Rekonvaleszenz die Arbeit wieder aufzunehmen, sondern daß er den Wiedergewinn seiner Kräfte ganz abwarten kann. Diese Möglichkeit, die bisher nur den bessergestellten Kreisen, den andern aber nur unter großen persönlichen materiellen Opfern gegeben war, ist nun in allen Volksschichten eröffnet worden: sie alle, die wir am besten als Lohnarbeiter zusammenfassen, sind heute in vielen Hinsichten, was die Behandlung von Krankheit und die Wiedererlangung der Gesundheit betrifft, weit besser daran, als etwa der Mittelstand des deutschen Volkes.

Andererseits aber haben die sozialen Gesetze — und das wird selbst von ihren entschiedensten Anhängern nicht mehr bestritten — auch eine Reihe von Schäden für die Gesamtheit im Gefolge gehabt, von denen besonders drei hier für uns von bedeutender Wichtigkeit sind. Das ist einmal die Tatsache, daß die Krankenversicherung zum großen Teil, da ihren Organen, zwar unter der Aufsicht der Behörden, aber doch mit ziemlicher Selbständigkeit, die Selbstverwaltung zugestanden worden ist, in die Hände der Anhänger einer extremen politischen Partei geraten ist, die in ihnen einen Stützpunkt, auch wohl eine gewisse Versorgung ihrer

Agitatoren gefunden hat und die Organisation der Krankenkassen als eigene Organisation betrachtet und benützt. Das könnte an und für sich, wenn man den gesetzlichen Anforderungen für die Versorgung der Kranken Genüge geleistet wird; ziemlich gleichgültig sein. Doch haben die Ärzte, die mit den Krankenkassen in Verkehr stehen und die zum größten Teil dieser extremen politischen Partei nicht angehören, unter der politischen Gegnerschaft der Krankenkassenvorstände oft zu leiden gehabt. Jetzt, seitdem Organisation gegen Organisation steht, die nicht ohne einander auskommen können, sind die Reibungsflächen viel kleiner geworden und kommen schon weniger in Betracht.

Zum anderen bemerken wir eine unerwünschte Wirkung auf den einzelnen Versicherten, besser gesagt, auf viele — Gott lob noch nicht alle — einzelne Versicherte unter dem Einfluß der sozialen Gesetze. Es ist jetzt das Kranksein für den Arbeiter keine Notzeit mehr, sondern vielmehr für den Leichterkranken und noch mehr für den Rekonvaleszenten eine Annehmlichkeit, die mancher sich verständlicher Weise solange wie nur irgend möglich und so oft wie irgend möglich zu verschaffen sucht. Die Verführung hierzu liegt allzu nahe, als daß sie nicht täglich an den Versicherten heranträte. Eine leichte Erkrankung, vielleicht eine Affektion, die die Arbeitsfähigkeit nicht im geringsten beeinträchtigt, die von vielen tausenden ertragen worden ist und von manchem tausend auch noch heute ertragen wird, sagen wir einmal, um an ein konkretes Beispiel zu kommen, eine chronische Drüsenanschwellung, einen Plattfuß oder eine leichte Form einer der vielen chronischen Krankheiten, ohne die kein Mensch alt wird, so etwas wird dem Arzt gezeigt, über Beschwerden geklagt; die Tatsache des Bestehens kann nicht abgeleugnet werden, die Höhe der Beschwerden ist im einzelnen Fall nicht abzumessen, so wird die Krankheit und damit die Arbeitsunfähigkeit anerkannt. Ein solcher Fall verleitet so andere Personen, es ihm gleich zu tun. Dabei soll zunächst von der Übertreibung oder gar der Simulation noch nicht die Rede sein; gefährlich ist es nur für die moralische Zucht des Volks, wenn Beschwerden leichter Art immer wieder zum Bezug der Krankenversicherungsgenüsse führen. Das verweichlicht und demoralisiert unser Volk. Wir haben — dank mancher modernen Errungenschaft — überhaupt fast verlernt, Schmerz zu ertragen, wir verlernen es immer mehr. Nichts liegt mir hier ferner, als etwa der Schluß, daß man der arbeitnehmenden Bevölkerung zur „Abhärtung“ etwa die Beschwerden belassen solle, ohne ihnen zu helfen. Aber oft handelt es sich in den besprochenen Fällen um Dinge, die

einer Heilung und Linderung gar nicht zugänglich sind, oder die gar ohne irgend welche Maßnahme auch bei weiterer Tätigkeit sich mit der Zeit verlieren können. Es ist falsch, so meine ich zum Beispiel die Beschwerden eines leichten Emphysems, was Arbeitsbeschränkung angeht, mit einem Typhus abdominalis oder einer Lungen tuberkulose gleichzustellen. Das verweichtlicht die Menschen und bringt der Nationalkraft des deutschen Volkes Schaden

Daran schließt sich das Kapitel von der Übertreibung und der Simulation. Nichts ist verführerischer, nichts liegt der oft egocentrischen Sinnesart und dem schwächeren Erkennungsvermögen des Durchschnittsarbeiters näher, als das, was ihm fehlt, das, was er als Beschwerden fühlt, recht deutlich und erheblich darzustellen. Der gewollte Betrug ist dabei sehr selten. Meist herrscht das Gefühl des erlittenen oder zu erleidenden Unrechts vor. Der Kranke fühlt sich als Kämpfer für eine unterliegende Sache, was an und für sich schon fanatisiert; während dieses Streites steigern sich unwillkürlich seine Beschwerden, da all sein Denken und Trachten sich mit ihnen beschäftigt, sie ihm den Ausblick in die freie Welt versperren, sie ihm endlich größer und größer erscheinen und alles andere, was an Gegen-Überlegungen, Gefühlen und Trieben noch in ihm gesteckt hat, vernichten. Wir werden sehen, daß die soziale Gesetzgebung reiche Mittel zur instanzweisen Berufung für solche strittige Ansprüche vorgesehen hat; solche Berufung ist zudem kostenlos, wird in allen Fällen der unterlegenen Partei erleichtert, mancherlei Einrichtungen der kommunalen und privaten Wohltätigkeit, Rechtsbüros z. B., und gebildete, aber nicht eingeweihte Gönner und Freunde leisten ihre hilfreiche Hand zu umfänglichen Eingaben; schließlich ist es der Rechtsstreit allein schon, der dem Ansprecher Freude bereitet, genau wie bei den Prozeßhanseln der bauerischen Bevölkerung. Das ist ein weiterer moralischer Schaden, den uns die sozialen Gesetze gebracht haben. Nur selten — bei allzu schweren und allzu offenen Verfehlungen greift das Strafgesetzbuch ein, meist bleibt es — schon aus Mangel an rechtsfähigem Beweis — bei der zukünftigen Entziehung der genossenen Vorteile, die nicht einmal zurückgeklagt oder — verlangt werden; in den allermeisten Fällen aber wird der gemilderte Betrug — denn schließlich ist's nichts anderes — nicht einmal entdeckt.

Und noch eine andere bedenkliche Wirkung der Arbeiterversicherung ist schließlich den Einsichtigen schon lange aufgefallen: die Rolle, die der Begriff der — sei es Unfall-, sei es Invalidenrente — schon heute im kleinbürgerlichen Leben spielt. Rentner sein, das Geld, das anderen sauer

aberspart ist, zu genießen, gilt nicht mehr als das Vorrecht des Alters. Es gibt auch Gesunde, denen vielleicht einmal ein Finger verloren gegangen ist. Flugs gibts eine Rente; und sie zu nehmen, ist recht, davon zu leben, auch. Aber daß dem Rentenempfänger einmal das Bewußtsein gekommen wäre, eigentlich — denn du arbeitest mit 9 Fingern soviel wie andere oder wie vorher mit 10 — erhältst du Rente zu Unrecht, das hat man noch nicht beobachtet, viel weniger eine Zurückgabe erlebt. Nicht viel anders ist es mit der Invalidenrente. Es bedeutet das zweifellos die Gefahr, daß unsere Arbeiter die Arbeit um den Erwerb, den Wettbewerb unter einander, die Tatkraft der Arbeit, das was ihnen den Vorzug unter allen Völkern der Erde gibt, verlernen, daß sie dagegen lernen, sich auf andere, und sei es der Staat, zu sehr zu verlassen. Versagt einmal der Staat oder brechen seine Kräfte zusammen, so liegt die Befürchtung nahe, daß viele Elemente es nicht mehr verstehen, von sich selbst aus etwas zu sein und für sich und die Ihren allein zu schaffen.

Neben dem großen und ganz einzigartigen Vorteil, den die deutsche soziale Versicherung dem Staate verschafft hat, leidet das Volk unter dem demoralisierenden Einfluß derselben, wie wir ihn soeben geschildert haben. Quincke ist der erste gewesen, der aus reicher ärztlicher Erfahrung heraus diese Dinge zuerst vor der breiten Öffentlichkeit zur Sprache gebracht hat.¹⁾ Seine Ausführungen empfehle ich Ihnen dringend zum eingehenden Studium, wenn Sie selbst mit der Praxis der Versicherungsmedizin näher bekannt geworden sind. Wir Ärzte haben leider oft mit dem demoralisierenden Anteil der Wirkung der Arbeiterversicherungsgesetze mehr zu tun als mit den größeren günstigen Erfolgen: wenigstens fällt uns als nahbeteiligten die zunehmende Verweichlichung, Übertreibung, Simulation und die Rentensucht immer mehr und immer wieder auf. Auch wir werden in unsern Vorlesungen reichlich Gelegenheit finden, uns mit diesen weniger erfreulichen — sozial gesprochen — ärztlich darum oft nicht uninteressanten Fragen zu beschäftigen; vor allem werden wir lernen müssen, in der Praxis die einzelnen Krankheitsfälle richtig zu beurteilen, und die wirkliche Beschränkung der Arbeitsfähigkeit abzumessen.

Dazu genügt nun freilich nicht allein medizinische Sachkenntnis, es gehört auch eine gewisse Fähigkeit dazu, die Arbeit und die Arbeitsbedingungen selbst zu beurteilen. Kenntnis des Arbeitsganges, der Löhne, der Lebenshaltung, Kenntnis des ganzen Lebens überhaupt,

¹⁾ In der Wochenschrift „Die Grenzboten“ 1905.

national-ökonomische Gesichtspunkte, juristische Fragen, soziale Überlegungen innerhalb aller Schichten des Volks und nicht zuletzt humanitäre Gedanken dürfen dem Arzt, der sich praktisch oder theoretisch mit der Versicherungsmedizin beschäftigen will, nicht fremd sein. Ein gut Teil von allen diesen Erfordernissen wird ihm durch die Tätigkeit in seinem Beruf gelehrt, andere aber muß ihm eigene Arbeit, besonderes Studium, und endlich der — angeborene oder erworbene — soziale Sinn und die Herzensbildung geben, der sich jeder Arzt rühmen dürfen sollte.

Obwohl in den drei großen Arbeiterversicherungsgesetzen wie auch in den Institutionen der privaten Versicherungsunternehmen der Arzt nur selten und mehr nebensächlich erwähnt wird, bleibt ihre Arbeit doch ohne unsere Tätigkeit Stückwerk und die Entwicklung der ärztlichen Wissenschaft und neuerdings des ärztlichen Standes hat sie tief beeinflusst. Auch umgekehrt sind Spuren von Beeinflussung zu bemerken.

Wir erwähnten schon früher, daß die Versicherungsmedizin den Anstoß zu manchem wissenschaftlichen Fortschritt gegeben hat. Auch die Einwirkung auf den ärztlichen Stand mag hier kurz gestreift werden. Zunächst wuchs die Zahl der Kranken, die sich an einen Arzt wenden konnten und wendeten, ganz ungeheuer. Das war vorauszusehen, wenn man das Einkommen der Einwohner überblickt. Um auch für die nächstliegenden Jahre einige orientierende Daten zu geben, entnehme ich einem offiziellen Werke folgende Daten: Im Königreich Preußen hatten 1895 mehr als $\frac{3}{4}$ (76.4 %) sämtlicher zur Einkommensteuer herangezogenen Einwohner ein Einkommen unter 900 Mk. Nur 3,55 % sämtlicher Steuerzahler haben ein Jahreseinkommen von mehr als 3000 Mk. (Zeitschr. d. Kgl. Pr. Statist. Bureaus. Bd. 36. 1895/96, S. 36.) Die 900 Mk.-Leute, wie ich sie einmal kurz nennen will, waren vor der Versicherungszeit gar nicht in der Lage, oder nur mit Hilfe staatlicher oder kommunaler Einrichtungen (Bezirksarzt, Kreisarzt, Armenarzt usw.) einen Arzt zu bezahlen, und riefen ihn deshalb auch nicht. Die 20 % der Bevölkerung, die eine Jahreseinnahme von 900—3000 Mk. hatten, haben ihn sicherer seltener als heute und mehr in Notfällen verlangt und nur kärglich bezahlen können, heute aber sind sie alle, wenn auch im allgemeinen die Größe des Einkommens gewachsen sein mag, auf Grund ihrer Versicherungsrechte in Krankheitsfällen in der Lage, den Arzt zu Rate zu ziehen. Die ärztliche Tätigkeit, die aus der Invaliden- und aus der Unfallversicherung floß, kam auch noch hinzu. Also eine gesteigerte Arbeit! Nun wird, wie

bekannt und leicht erklärlich, Massenarbeit zunächst schon einmal schlechter bezahlt wie Einzelarbeit, zumal wenn die Massenarbeit vertraglich festgelegt wird. Trotzdem stieg die Nachfrage nach Ärzten bedeutend, denn viele Leute, die früher keinen Arzt hatten miternähren können, verlangten jetzt nach ihm und boten ihm eine Existenz. Die steigende Ärztezahl verschärfte die Konkurrenz, was ein noch weiteres Sinken der Einzelentlohnung verursachte. Durch feste Verträge wurde vielen Ärzten ein festes Einkommen geboten, für das freilich enorm große und eben deshalb schlechtere Arbeit geleistet wurde. Immerhin lockte der Ruf solcher Stellen noch eine Menge von jungen Leuten an, die Medizin studierten nur in der Hoffnung, hier einen sie versorgenden Beruf zu finden. Darunter waren oft recht ungeeignete Elemente, die in Gefahren und Wandel dem Stande nicht zur Ehre gereichten.

Das Verhältnis zu den Organen der Krankenversicherung hat notwendiger Weise einen stark geschäftlichen Beigeschmack, es haben die Verhandlungen und Verträge mit ihnen den ärztlichen Stand stark seiner ehemals rein humanitären Stellung beraubt. Das Vortreten des geschäftlichen Standpunkts, der auch heute vielfach noch, wo die materielle Stellung der Ärzte durch ihren Zusammenschluß gesichert ist, im Vordergrund des Interesses steht, hat uns das Gewand des kaufmännischen Angestellten verliehen, und zweifellos nicht gerade zu unserer Ruhmeserhebung beigetragen. Indessen kann es einem Menschen, einerlei welchen Berufes er sei, nur von Wert sein, wenn er ein guter Kaufmann genannt wird. Es kann nichts schaden, wenn der Arzt seine Rechnungsbücher ebenso genau führt, wie der Fabrikbesitzer, wenn er nur versteht, seinen Schuldnern am rechten Platze ärztlich zu helfen. Die Art, wie man es manchmal von alten originellen Käuzen von Kollegen, meist auf dem Lande oder in kleinen Städten, hört, daß sie Rechnungen über geleistete berufliche Tätigkeit nur ausnahmsweise und dann auch noch ungern schreiben, ist nicht mit der Sitte eines bürgerlichen Standes moderner Art zu vereinen.

Die Zeit der Versicherungsgesetze hat, so kann man zusammenfassend wohl sagen, dem ärztlichen Stande viel neue Arbeit gebracht, sie hat eine rapide Zunahme der Ärzte veranlaßt, sie hat die Gesamteinnahmen der deutschen Ärzte gesteigert, wenngleich die Steigerung für den einzelnen nicht gar so viel ausmachen wird, sie hat endlich dem Arzt den Ruf des freien Mannes, wie er ihn noch vor 20 oder 30 Jahren hatte, sehr stark genommen. Der Arzt ist vielfach Angestellter, oder wird doch so angesehen, ja er strebt sogar diese Stellung oft auch

lebhaft an, während der Stand sonst als der einer freien Kunst gelten konnte. Die Freiheit des Arztes im alten Sinne ist nur noch wenigen deutschen Ärzten verblieben, die sich die alte Unabhängigkeit wahren wollten.

Überblicken Sie nun das, m. H., was Sie heute von den Wirkungen der Versicherungsgesetze kennen gelernt haben, so könnte es vielleicht scheinen und für den außen Stehenden scheint es wohl sicher so, daß der sozialen Gesetzgebung von uns allerlei böses nachgesagt worden sei. Indessen sind wir deutschen Ärzte die allerletzten, die einen Kampf gegen die Versicherungsidee als solche beginnen möchten. Im Gegenteil sind wir alle bereit, den Gedanken der sozialen Verbesserung weiter auszugestalten, seine Vorteile den arbeitenden Klassen noch mehr zugänglich zu machen und ihm unsere Arbeit zu widmen. Es liegt sowohl im wissenschaftlichen wie im praktischen Interesse unseres Standes, daß wir die Mitarbeit an der sozialen Versicherung, die ohne uns nicht gedeihen kann, eifrig fortsetzen. Dazu freilich ist wiederum eine genaue Kenntnis der Versicherungsmedizin notwendig, an deren Erwerbung wir nunmehr im einzelnen herangehen wollen.

Dritte Vorlesung.

Krankenversicherungsgesetz.

Zweck und Träger der Krankenversicherung. Verschiedene Ausgaben des Gesetzes. Umfang der Versicherung. Verschiedene Krankenkassen. Einnahmen. Ortsüblicher Tagelohn. Teilung des Beitrags. Leistungen; Mindest- und Höchstmaß derselben. Verschiedenheiten bei den einzelnen Kassen. Unterbringung im Krankenhaus. Rekonvaleszentenunterbringung. Angehörigenversicherung. Einschränkung der Unterstützungsverpflichtung. — Die Verwaltung der Krankenkassen. Selbstverwaltung. Kassenstatut. Reservefonds. Beamte der Kasse.

Literatur:

1. Krankenversicherungsgesetz. Reclams Univ. Bibliothek. 4. Ausgabe.
2. Rosin, Das Recht der Arbeiterversicherung. Berlin 1893.
3. v. Woedtke, Krankenversicherungsgesetz. Berlin 1903 (mit Eucken-Addenhausen).

Die sozialen Gesetze haben alle, wie das wohl auch nicht anders zu erwarten war, eine Reihe von Umwandlungen durchgemacht, die ihnen erst die jetzt als am meisten den praktischen Anforderungen entsprechend geltende Form gegeben haben. Die Erfahrungen auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung waren damals bei der Einführung der Gesetze außerordentlich spärlich; es sind in den späteren Auflagen derselben, die man mit dem juristischen Ausdruck als „Novellen“ bezeichnet, eine große Reihe von Verbesserungen eingefügt worden, die sich erst allmählich bei der Ausübung als zweckmäßig herausgestellt haben. Und es scheint, als ob die „Mauierung“ der Gesetze noch immer nicht ganz abgeschlossen sei, denn immer wieder ist von neuen Plänen der Regierung sowohl, wie der einzelnen politischen Parteien in Bezug auf die sozialpolitische Gesetzgebung die Rede. Das eine kann man jedoch wohl als feststehend betrachten, daß die Einrichtungen, abgesehen von äußeren

Dingen wie Verwaltung und Abhängigkeit, die sich auf das beste bewährt haben und die andere Völker ihren Verhältnissen entsprechend nachzuahmen sich bemühen, die gleichen bleiben wie bisher. Das Krankenversicherungsgesetz soll als erstes von den großen Wohlfahrtsgesetzen der sozialen Ära Kaiser Wilhelm I. und Bismarck's besprochen werden, nicht nur, weil es dasjenige ist, mit dem der Arzt zuerst und wohl auch am meisten zu tun hat, sondern weil auch die Grundlagen der Krankenversicherung so außerordentlich einfache sind, und von ihnen aus später die der anderen Versicherungen besser begriffen werden können.

Der Zweck der Krankenversicherung ist der Ersatz des aus Krankheit dem Arbeiter erwachsenden Schadens und zwar nicht nur der Ersatz der Heilkosten und der Heilung überhaupt, sondern auch des entgangenen Verdienstes, sowie der Sorge für die Angehörigen des Erkrankten.

Der Träger der Krankenversicherung ist ursprünglich als kleiner lokaler Verband gedacht, der die Sorge für die wenigen aus seiner Mitte Erkrankenden allemal auf gemeinsame Schultern nehmen sollte. Es hat sich nun aber herausgestellt, daß, je größer der Verband ist, um so erheblicher auch seine Leistungsfähigkeit wird. Deshalb kann man dem Bestreben, heute möglichst große Verbände zu gründen und die kleineren zusammen zu fassen, die aprioristische Berechtigung nicht versagen, wenn auch mancherlei andere gewichtige Gründe dagegen geltend zu machen sind. Diesen lokalen Verbänden, den sogenannten Krankenkassen, ist die Selbstverwaltung zugesprochen worden, wenigstens bis zu einem gewissen Grade, insofern, als sie doch unter der Aufsicht von Behörden stehen, die im Notfalle auch die Verwaltung selbst in die Hand nehmen können. Dieses Prinzip hat den Vorteil, daß dem Arbeitnehmer, der häufig geneigt ist, die Versicherung als eine rein bürokratische Einrichtung anzusehen, durch die Beteiligung an der Verwaltung mehr eigenes Interesse an diesen ihm selbst doch eigentlich so nahe liegenden Dingen zu erwecken. Daß dafür auch Unannehmlichkeiten mit in den Kauf genommen werden müssen, verstand sich von vornherein von selbst, da oft ungenügende geschäftliche Befähigung den Ablauf der Verwaltungsgeschäfte stört. Aber im ganzen betrachtet, überwiegen die Vorteile auch allgemein nationalökonomischer Art doch ganz erheblich.

Die erste Ausgabe des Krankenversicherungsgesetzes stammt aus dem Jahre 1883, und ist, was die Grundgedanken anbelangt, auch in den

folgenden drei Novellen, vom Jahre 1893, 1900 und 1904, unverändert geblieben, hat jedoch im einzelnen mannigfache Umgestaltungen erfahren. Bei allen sozialen Gesetzen handelt es sich um Angelegenheiten des Deutschen Reiches, nicht der Einzelstaaten. Sie sind demgemäß vom Reichstag und vom Bundesrat beraten und vom Kaiser bestätigt worden. Dabei haben sowohl die einzelnen im Reichstag vertretenen politischen Parteien, wie die Regierung mancherlei Änderungen durchgesetzt, die im ursprünglich vorgelegten Entwurf fehlten. Die Berichte der Kommissionssitzungen des Reichstages, die sich mit der Beratung der Gesetze beschäftigten, sind für den Interessenten der Versicherungsmedizin, wie für den Nationalökonom und den Verwaltungsbeamten noch heute höchst lehrreich zu lesen.

Das Gesetz sieht zunächst einen Versicherungszwang für alle, die gegen Gehalt oder Lohn in bestimmten Berufen beschäftigt sind. Sowohl die Höhe des Lohnes, bis zu der der Versicherungszwang gehen sollte, wie die Zahl der in ihn eingeschlossenen Berufe haben gewechselt. Zuerst waren es im wesentlichen Fabrikarbeiter im weitesten Sinne des Wortes, später kamen die Angestellten des Handelsgewerbes, die in Büros tätigen, im Handwerk beschäftigten Gehilfen hinzu, und heute kann man von jeder nicht selbständig arbeitenden gegen Lohn oder Entgelt dauernd angestellten Person einerlei welchen Geschlechts annehmen, daß sie gegen Krankheit versichert werden muß, wenn ihr Einkommen 3000 Mk. jährlich nicht übersteigt. Noch in der Novelle vom Jahre 1900 war diese obere Grenze bei 2000 Mk. jährlich oder $6\frac{2}{3}$ Mk. pro Tag gezogen. Die Absicht der Regierung und ebenso der politischen Parteienmehrheit des Reichstages geht ausgesprochen also dahin, noch mehr Teile der arbeitenden Bevölkerung zu der Krankenversicherung heranzuziehen. Wir erinnern uns, daß 1895 nur etwa $3\frac{1}{2}\%$ sämtlicher Steuerzahler in Preußen mehr als 3000 Mk. Einkommen hatten. Die freie, nicht vertraglich mit Einrichtungen der sozialen Versicherung gebundene ärztliche Tätigkeit ist also mit dieser 4. Novelle des Krankenversicherungsgesetzes eingeschränkt worden. Auch die Betriebe der Staatsbahn, der Reichspost und aller anderen Reichsunternehmungen (Heeres- und Marineverwaltung) sind den privaten Betrieben hier gleichgestellt. Die Soldaten dagegen, sowie alle in Reichs-, Staats- oder Kommunaldiensten beschäftigten Personen, für die die betreffenden Stellen bereits eine den im folgenden zu besprechenden Bestimmungen des Gesetzes gleichkommende Versorgung geschaffen haben, brauchen dem Versicherungszwang nicht unterzogen zu werden. Auch Personen, die sonst

unter den Versicherungszwang fielen, die aber ihren Arbeitgebern gegenüber einen andern Rechtsanspruch auf die gleichen Leistungen wie die Einrichtungen des Krankenversicherungsgesetzes sie bieten, besitzen, können auf Antrag von der Pflicht zur Krankenversicherung befreit werden. Dabei handelt es sich aber nur um selten vorkommende Ausnahmefälle. Einen solchen Fall Ihnen anzuführen, bietet aber gerade unsere Klinik gute Gelegenheit: unser Wärterpersonal wird nicht gegen Krankheit versichert, da die Kliniken ihm das gleiche an Entschädigung für solchen Fall zur Verfügung stellen, wie die Leute sonst beanspruchen könnten. Er kann das tun, weil dem Staat, der Besitzer der Kliniken ist, die Unterbringung der Kranken in der entsprechenden Abteilung annähernd dieselben Kosten verursacht, als die Beiträge zu einer Krankenkasse ausmachen würden. Prinzipiell jedoch, da die größere Zahl der Beteiligten (Versicherungsnehmer) auch das Risiko für die Versicherungsgeber verringert, handelt es sich um eine falsche Berechnung. Endlich können von dem Zwang zur Krankenversicherung Gebrechliche, Kranke und alte Leute befreit werden, die nur teil- oder zeitweise erwerbsfähig sind. Dagegen sind eine Reihe von Beschäftigungsarten noch weiter genannt, die durch kommunale Verordnungen mit in den Kreis der Versicherungspflichtigen aufgenommen werden können; dahin gehören vor allem die nicht dauernd in einem Betrieb beschäftigten, vielmehr ihre Arbeitsstelle wechselnden Personen, z. B. Wasch- und Scheuerfrauen, Krankenpflegerinnen usw., ferner Beamte, die in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigt sind, und schließlich selbständige Gewerbetreibende, die für einen andern arbeiten.

Außerdem gibt das Gesetz noch einigen wenig zahlreichen Kategorien der erwerbenden Bevölkerung das Recht, sich auf Antrag an der Krankenversicherung zu beteiligen. Bedingung dazu ist eine bestimmte Höhe des Einkommens, über die hinaus eine Versicherung nicht stattfindet.

Wir sehen also, der Versicherungspflicht gegen Krankheit unterliegen eigentlich alle gegen Lohn arbeitenden Volksklassen, einerlei, ob es sich im einzelnen um einen sogenannten Beamten oder um einen „Handarbeiter“ handelt, ob es sich um einen Dienstboten oder den Bürogehilfen eines Notars handelt. Wir können also in allen diesen Fällen voraussetzen, daß die betreffenden, wenn sie unsere Hilfe nachsuchen, in einer Krankenkasse als Mitglied beteiligt sind. Doch wird es in allen Fällen gut sein, wenn der Arzt sich erst den Ausweis darüber vorlegen läßt, ehe er z. B. die Behandlung für die Rechnung einer Krankenkasse

übernimmt; ein rein praktischer Rat, den Sie erst zu würdigen lernen werden, wenn Sie in der Praxis stehen. Gegen diese weite Ausdehnung der Krankenversicherung haben wir Ärzte an und für sich nicht viel einzuwenden, nur gegen die Erhöhung der Grenzsumme von 2- auf 3000 Mk. ist Verwahrung eingelegt worden, weil damit eine Menge von Leuten, die recht wohl in der Lage sind, für die Zeiten von Not und Krankheit einen Sparpfennig zurück zu legen, und die den Arzt — zum mindesten nach der sogenannten staatlichen Mindesttaxe — bezahlen könnten, nun für meist viel geringeres Entgelt behandelt werden.

Die Einzelträgerin der Krankenversicherung wird Krankenkasse genannt; man unterscheidet nun eine Reihe von Krankenkassen, die durch lokale zeitliche oder berufliche Gründe zusammengehalten werden, von den sog. Gemeindekrankenkassen. Zu den ersteren gehören Ortskrankenkassen, die die Angehörigen mehrerer Berufe, soweit sie nicht in den folgenden Kassen enthalten sind, vereinigen, weiter Betriebs- oder Fabrikkrankenkassen, Baukrankenkassen, die für einen einzelnen großen Bau, z. B. einer Eisenbahn, eines Kanals oder eines Deichs, eingerichtet werden, Innungskrankenkassen, die nur ein Gewerbe umfassen, z. B. Maler, oder Bäcker oder Maurer, und schließlich die Knappschaftskrankenkassen, die eben für die Knappschaften der Bergleute gegründet worden sind und auch heute noch, freilich mehr dem Namen nach, selbständig dastehen, obwohl sie völlig in den Rahmen der allgemeinen Arbeiterversicherung eingefügt worden sind. Zur Gründung einer solchen Einzelkasse wird eine bestimmte Mindestzahl von Mitgliedern — 50 — verlangt.

Alles was sich an Versicherungspflichtigen nicht in diesen Kassen unterbringen läßt, wird in den Ortskrankenkassen zusammengefaßt. Wo nicht solche einzelne Kassen neben einer Ortskrankenkasse zu stande kommen, wird eine Gemeindekrankenkasse gegründet, und zwar kann jede Gemeinde eine eigene solche haben, doch ist erfreulicher Weise auch in die abgelegensten Dorfgemeinden des Reichs allmählich die Erkenntnis von der Erleichterung der Lasten durch die größere Anzahl der tragenden Schultern gedrungen. Viele Gemeindekrankenkassen haben sich, wie das in den Novellen von vornherein vorgesehen war, mit anderen zu einem größeren Verbande zusammen getan; zumal für ärmere Gegenden mit vorwiegend kleinbäuerlichem landwirtschaftlichen oder Handwerks-Betrieb ein außerordentlich großer Fortschritt. Nur selten findet sich noch ein obstinates Dorfoberhaupt, das sich der eindringlichen Sprache der volkswirtschaftlichen Mehrheit verschließt, und lieber als Vorsitzender einer eigenen kleinen Krankenkasse viel zahlt, als mit seinen Nachbar-

gemeinden vereinigt, weniger ausgibt, dafür aber vielleicht das Unglück hat, nicht mehr zum Vorsitzenden der Krankenkasse gewählt zu werden.

Die Gemeindekrankenkassen zeichnen sich ihrerseits durch die verhältnismäßig geringen Verwaltungskosten aus, während insbesondere die großen Ortskrankenkassen, deren Mitgliederzahl in den Groß-Städten bis in die Hunderttausende geht, zwar große Leistungen, weit über das gesetzliche Mindestmaß hinaus, aufzuweisen haben, dementsprechend aber auch eine viel ausgedehntere und damit erheblich teurere Verwaltung haben. Bei den Gemeindekrankenkassen ist meist der Ortsvorsteher der unbesoldete Leiter der Kasse.

Die Einnahmequelle der Krankenkassen sind die Mitgliederbeiträge. Zu deren regelmäßiger Erhebung bedarf man einer genauen Mitgliederliste. Jeder Arbeitgeber, Dienstherr, Unternehmer usw. ist verpflichtet, innerhalb einer gewissen Zeit, meist in 3 Tagen, neueintretende Arbeitnehmer anzumelden. Dabei muß die Art des Betriebes und die Höhe des Lohnes genau angegeben sein; denn danach werden die Beiträge bemessen. Die Unterlassung der Anmeldung ist ebenso wie die der Abmeldung mit Strafe bedroht; erstere noch weiter damit, daß bei ihrer Unterlassung alle Pflichten der Krankenkasse auf den säumigen Arbeitgeber fallen, was besonders im Fall der Erkrankung für den Betroffenen, z. B. für die Herrschaft eines Dienstherrn, sehr nachteilig werden kann.

Die Beiträge werden nach Maßgabe des sog. „ortsüblichen Tagelohnes“ bemessen. Dieser wird festgesetzt für die Gemeindekrankenkassen von der höheren Verwaltungsbehörde, in Preußen vom Regierungspräsidenten oder Oberpräsidenten, in den Kleinstaaten von den Ministerien, und zwar für gewöhnliche Tagesarbeiter. Nach Lohnklassen und nach den einzelnen Gewerbebetrieben verschieden, wird bei den Ortskrankenkassen, und nach Lohnklassen bei den Innungs- und Fabrikkrankenkassen der zu Grunde gelegte Tagelohn bemessen, nach dem die Beiträge abgeschätzt werden. Je nach der Art der Krankenkasse ist die Höhe des allemal für ein Geschäftsjahr festgelegten Beitrags verschieden: Die Gemeindekrankenkassen können als Mindestsatz $1\frac{1}{2}\%$ des Tagelohns fordern. Eine Waschfrau z. B., die am Tag Mk. 1,50 verdient, würde davon $2\frac{1}{4}$ Pfennig täglich als Beitrag bezahlen müssen, oder ein Maurer, der 5 Mk. verdient, würde $7\frac{1}{2}$ Pfennig zahlen müssen. Es ist den Krankenkassen indessen erlaubt, die Beitragsforderungen zu steigern, und zwar die Gemeindekrankenkassen bis auf 2% , die andern Krankenkassen bis auf $4\frac{1}{2}\%$ des ortsüblichen Tagelohnes, sodaß sich in letzterem Fall für die

Waschfrau $6\frac{3}{4}$ Pfennig, für den Maurer schon $22\frac{1}{2}$ Pfennig täglich ergeben.

Um indessen Arbeiter und Arbeitgeber beide für die Krankenversicherung zu interessieren, besteht die Bestimmung, daß nur $\frac{2}{3}$ des Beitrages von den Arbeitnehmern, das übrige drittel von den Arbeitgebern bezahlt werden muß. Diese Einrichtung hat die rechtliche Folge, daß der Arbeitgeber für die richtige Bezahlung verantwortlich ist, ja daß sogar von ihm der Beitrag eingezogen wird, von dem er alsdann $\frac{2}{3}$ seinen Arbeitern vom Lohn abziehen soll. Das geschieht bedauerlicher Weise recht oft nicht, z. B. bei weiblichen Dienstboten, gelegentlich auch bei Lohnarbeitern nicht. Damit gewinnt aber die Krankenversicherung den Charakter einer Verpflichtung der wohlhabenderen Klassen gegen die bediensteten ärmeren, damit auch den Charakter eines Geschenks, während sie im Geist einer durch eigene Leistung erworbenen Berechtigung erdacht ist.

Von den $2\frac{1}{4}$ Pfennig der als praktisches Beispiel angezogenen Waschfrau würde sie selbst also nur $1\frac{1}{2}$ Pfennig täglich zu entrichten haben, der Maurer müßte von $7\frac{1}{2}$ Pfennigen 5 Pfennige selbst bezahlen, bei der erhöhten Quote dementsprechend mehr. Nehmen wir das Jahr, hoch gerechnet, zu 300 Arbeitstagen, so würden an Beiträgen für die Waschfrau jährlich 6 Mk. 75 Pfennig entrichtet, für den Maurer aber 22.50 Mk., alles für die niedrige Beitragsquote von 2 % des ortsüblichen Tagelohns berechnet. Bei den erhöhten Beiträgen — zu $4\frac{1}{2}$ % — würden an jährlichen Summen 20.25 Mk. und 67.50 Mk. eingenommen werden. Es ist leicht zu berechnen, daß bei Hunderten von Mitgliedern es sich da um ganz erhebliche Summen als Einnahmen handeln kann, deren richtige und vorteilhafte Verwaltung um so mehr sachverständiger Verwaltung bedarf, wie sich die Anzahl der Mitglieder vergrößert. Die großen Ortskrankenkassen unserer Großstädte können mit Millionen Mark jährlichen Geldumsatzes rechnen und müssen auf die Verhütung der Zinsversäumnis bei so großen Summen sehr bedacht sein.

Zum Beitrag ist ferner ein geringes Eintrittsgeld zu rechnen, das aber bei dauernder Beteiligung an der Krankenversicherung, auch bei Wechsel der Krankenkassen nur einmal berechnet wird, übrigens auch von dem Arbeitnehmer zu tragen ist.

Die Zeit einer etwaigen Krankheit wird allen Mitgliedern einer Krankenkasse angerechnet, ohne daß sie Beiträge zu zahlen brauchten.

Ich bin auf diese einzelnen Bestimmungen deshalb genauer eingegangen, m. H.!, einmal weil uns die Einrichtung der Institutionen, an

denen und mit denen wir arbeiten wollen, von Interesse sein muß, aber auch, weil Sie ja selbst als Ärzte selbst Arbeitgeber für Dienstboten beider Geschlechter sein werden und es sich für Sie recht praktisch erweisen wird, wenn Sie genau über Ihre Verpflichtungen unterrichtet sind. Weit interessanter aber für uns, weil uns nahe angehend, ist das Kapitel, das von den Leistungen handelt.

Da haben wir Mindest- und Meistleistungen zu unterscheiden. Von den ersteren soll zunächst die Rede sein. Das Gesetz bestimmt für die verschiedenen Krankenkassen auch verschiedene Arten von Leistungen und zwar für die Gemeindekrankenkassen die geringsten, weil ihnen gewöhnlich die kleinsten Mittel zu Gebote stehen. Die Ortskrankenkassen und die Fabrikkrankenkassen dagegen haben die stärksten Ansprüche zu erfüllen. Zunächst wird in allen Fällen freie ärztliche Behandlung gewährt und zwar vom Beginn der Krankheit ab bis zu einem bestimmten Termin, der in der letzten Novelle des Krankenversicherungsgesetzes zu 26 Wochen angegeben ist, also ein halbes Jahr umfaßt. Dazu kommt ebenfalls in allen Fällen die freie Lieferung der Arzneien, von Bruchbändern, Brillen und ähnlichen Heilmitteln. Tritt Erwerbsunfähigkeit ein, so soll vom dritten Tage des Krankseins an eine bestimmte Summe täglich als Krankengeld ausgezahlt werden, die der Hälfte des ortsüblichen Tageslohns entspricht. Diese Vergütung soll wöchentlich ausgezahlt werden. — Ursprünglich war die Dauer der Unterstützungspflicht auf nur 13 Wochen festgesetzt. Da nun die Verpflichtung der Invalidenversicherung, von der wir später noch zu hören haben werden, zur Fürsorge für den Kranken erst mit dem Ablauf des ersten halben Jahres der Krankheit beginnt, so war ein Kranker, wenn er nach 13 Wochen noch nicht wiederhergestellt war, für das nächste Vierteljahr der Not vollkommen preisgegeben; deshalb greift jetzt die Krankenversicherung soweit hinaus, wobei natürlich wieder die Gefahr wächst, daß Übertreibung und Simulation den guten Willen des Gesetzgebers umgehen und ihn illusorisch machen. Diese beiden Gründe haben ihn wohl auch bewogen, von der Bestimmung, daß erst vom dritten Tage der Erkrankung an ein Krankengeld gezahlt wird, nicht abzugehen, wenigstens nicht bei dem gesetzlichen Mindestmaß.

Diese drei Leistungen — Arzt, Apotheke, Krankengeld — sind die Hauptbestandteile der Kassenverpflichtung. Die nun folgenden haben sich zum Teil erst daraus ergeben. Die drei genannten sind die einzigen Pflichtleistungen der Gemeindekrankenkassen, darüber hinaus haben die Ortskrankenkassen und die Fabrikkrankenkassen noch andere Verpflichtungen.

tungen. So soll das Krankengeld zwar ebenso bemessen werden, da aber an die Stelle des ortsüblichen Tagelohnes der gewöhnlichen Lohnarbeiter der der verschiedenen Betriebe tritt, so kommt es absolut bei der Zahlung des Krankengeldes auf eine höhere Summe hinaus.

Sie sind außerdem verpflichtet, den bei ihren versicherten Wöchnerinnen ein Wochenbettgeld von der Höhe des halben Tagelohns auszuzahlen und zwar auf die Dauer von 4 Wochen, einerlei, ob die betr. Wöchnerin ein schweres oder leichtes Wochenbett durchmacht, ob sie, wie es leider vielfach in Arbeiterkreisen geschieht, schon nach wenigen Tagen im Haushalt wieder tätig ist oder nicht. Diese Maßregel führt uns in das von der Krankenversicherung wie überhaupt von der sozialen Medizin in weitem Umfange betretene Gebiet der Prophylaxe. Denn es liegt nur im Interesse der Kasse, wenn die Wöchnerinnen ihre Arbeit nicht eher wieder beginnen, als die durch die Geburt hervorgerufenen Veränderungen sich in völlig genügender Weise zurückgebildet haben. Krankheiten mancherlei Art, für die die Kasse sonst aufzukommen hätte, würden die unausbleibliche Folge der zu frühen Arbeit sein und den Etat der Kasse stark belasten. Diese und ähnliche Überlegungen haben zu den großartigen Unternehmungen der deutschen Versicherungsträger geführt, die auf eine Prophylaxe schlimmerer Krankheiten, also auch stärkerer Ausgaben hinielen und die wir im einzelnen noch eingehend kennen zu lernen haben. —

Eine Einrichtung, die uns wieder an den historischen Ausgangspunkt unserer ersten Vorlesung bringt, ist die zwangsmäßige Verpflichtung der Ortskrankenkassen, ein Sterbegeld zu zahlen. Hier handelt es sich um eine gleiche Verpflichtung wie bei den alten Sterbekassen der Innungen. Der Betrag des jetzt auszuzahlenden Sterbegeldes ist als Mindestmaß auf das zwanzigfache des ortsüblichen Tagelohns festgesetzt. Die Krankenkasse betritt damit das Gebiet der Hinterbliebenenversorgung, das ihr eigentlich gar nicht zugehört. Sollte es in absehbarer Zeit zu der beabsichtigten staatlichen „Lebensversicherung“ resp. der Hinterbliebenenversicherung kommen, so würde diese Belastung der Krankenkassen auf die neue Einrichtung sinngemäß übertragen werden müssen: ausdrücklich bestimmt das Gesetz, daß das Sterbegeld zunächst für die Kosten des Begräbnisses, erst ein etwaiger Überschuß für die Hinterbliebenen bestimmt ist.

Besondere Vorschriften machte die etwa erforderliche Unterbringung in einem Krankenhause notwendig. An der Stelle der oben genannten Leistungen kann die Verpflegung in einem Krankenhause

treten, aber nur unter bestimmten rechtlichen Voraussetzungen, die auch für uns Ärzte, die wir doch die Kranken in die Krankenhäuser einweisen, von großer Bedeutung sind und die wir deshalb kennen lernen müssen. Nämlich verheiratete Kassenangehörige oder solche, die Mitglieder einer Familienhaushaltung sind, können nur mit ihrer Zustimmung in das Krankenhaus geschickt werden, ohne dieselbe aber, wenn, wie es in dem Gesetz heißt, durch die Art der Krankheit Anforderungen gestellt werden an die Behandlung sowohl wie an die Pflege, denen in der Familie des Kranken nicht genügt werden kann. Die Einweisung kann ferner auch gegen den Willen des Kranken erfolgen, wenn es sich um eine ansteckende Erkrankung handelt, oder wenn, wie es bei gewissen Zuständen ja doch erforderlich ist, der Zustand eine fortgesetzte Beaufsichtigung notwendig macht: schließlich noch, wenn der Kranke gezeigt hat, daß er sich den ärztlichen Anordnungen nicht in der richtigen Weise fügt oder wenn er sich etwa die Erkrankung vorsätzlich zugezogen hat. Den Krankenkassen sind also eine ganze Reihe von Hilfsmitteln in die Hand gegeben worden, mit denen sie eine gewisse Disziplinargewalt über ihre Mitglieder im Verein mit der ärztlichen Kontrolle ausüben können. Denn fast bei allen genannten Fällen bedarf die Krankenkasse des Urteils des sachverständigen Arztes, ohne den eine Einweisung ins Krankenhaus nur auf den ausdrücklichen Wunsch des Kranken geschehen kann. Einen Typhuskranken z. B. dürfen Sie demnach auch gegen seinen Willen ins Krankenhaus schicken, einen Simulanten, dem Sie nicht trauen, mit Zustimmung der Kasse auch. Im übrigen wird es meist der verständigen Zusprache des Arztes gelingen, die Scheu des Kranken und seiner Angehörigen vor dem Krankenhause zu überwinden, wenn er im Interesse der besseren Pflege oder Behandlung ihn in ein solches einweisen will. Die ruhige Überredung, im Bedarfsfall öfter wiederholt und die fest ausgesprochene Überzeugung eines tüchtigen Arztes wird von jedem Kranken, auch wenn er andere Wünsche haben sollte, geachtet und nur sehr selten nicht befolgt werden.

Die Unterbringung in einem Krankenhause ist in den meisten Fällen für die Krankenkasse erheblich teurer, als wenn der Kranke etwa zu Hause gepflegt würde. Die Kosten der Krankenhausbehandlung werden deshalb von dem Krankengeld bestritten, das meist nicht einmal ausreicht. Um aber trotzdem die Pflicht der Krankenversicherung voll zu erfüllen und die Sorge um die Angehörigen dem Kranken abzunehmen, wird in dem Fall, daß er Angehörige hat, für deren Unterhalt er bisher gesorgt hat, diesen die Hälfte des sonst gewährten Krankengeldes direkt

ausbezahlt. Es ist das also $\frac{1}{4}$ des Tagelohns. Das kann natürlich den Arbeitsverdienst, selbst wo der Erwerber nun selbst nicht mit zu unterhalten ist, gar nicht ersetzen, sichert aber doch der Familie eine bestimmte, nicht von irgendwelchen Zufälligkeiten abhängige Einnahme in barem Gelde. Die Hilfe der öffentlichen Armenpflege braucht deshalb um so weniger in Anspruch genommen zu werden.

Damit sind die Mindestleistungen der Krankenkassen gekennzeichnet. Diese können aber ganz erheblich gesteigert werden. Es sind aber von dem Gesetzgeber auch nach oben bestimmte Grenzen gezogen worden. Man hat wohl von vornherein eingesehen und hat wohl die Gefahr allmählich höher einschätzen gelernt, daß eine allzu weitgehende Versorgung im unsozialen Sinne ausgenutzt werden würde, und daß bei besonders großen Kassen die Gefahr sehr nahe läge, daß die erheblichen Mittel derselben auch in den Dienst von Gedanken gestellt würden, die mit dem Krankenversicherungsgesetz wenig zu tun haben, ihm vielleicht sogar fernliegen. So wird z. B. gesetzlich die Verwendung der Kassensmittel für Invaliden-, Witwen- und Waisenunterstützungen untersagt.

Zu diesen besonderen Leistungen gehört zunächst einmal die freiwillige Verlängerung der Kassenverpflichtung über ein halbes Jahr hinaus, und zwar ist als Grenze nach oben hin 1 Jahr angegeben. Manche Kassen, besonders gewisse Arten von Fabrikkrankenkassen, haben den Mittelweg gewählt und bleiben bei 39 Wochen stehen. Die arbeitnehmende Bevölkerung hat es hier, wie ohne weiteres verständlich sein wird, weit besser als der sog. Mittelstand. Hier ist niemand, der dem kleinen Beamten, dem selbständigen Handwerksmeister, der Lehrerin ein Jahr lang Unterstützung in Krankheit und ärztliche Hilfe gewährte. Die Begehrlichkeit der Arbeiter aber wächst, dankbare Zufriedenheit fehlt; Anerkennung für die Schöpfer und Fortbildner der sozialen Gesetzgebung findet sich äußerst selten. Vielfach herrscht die Anschauung, als seien ihre gewaltigen Leistungen gleichsam ein abgefallener Knochen, den man zur Beruhigung nur hingeworfen habe, als sei es gutes Recht, mehr zu fordern. Indessen wird sich hoffentlich die Regierung, und namentlich die Männer, deren Arbeit die weitere Ausgestaltung der Arbeiterversicherung anvertraut ist, der Mahnungen der Kaiserlichen Botschaft von 1881 eingedenk sein, und trotz des Mißtrauens, das der ausgezeichneten Anlage, wie sich unter Menschen eben beinahe von selbst versteht, dauernd entgegengebracht werden wird, die Arbeiterfürsorge für eine der vornehmsten Staatspflichten ansehen. Wir Ärzte aber, die wir mit den Trägern der sozialen Versicherung und

mit den Versicherten selbst so viel in nahe, auch persönliche Berührung kommen, sollten auf Grund unserer Kenntnis der Einrichtungen und des sozialen Wertes, hier zunächst der Krankenversicherung, die Vermittlerrolle übernehmen, und vor allem der Begehrlichkeit entgegenzutreten versuchen.

Weiter kann — um zu den besonderen Leistungen der Kassen zurückzukehren — das Krankengeld, anstatt am dritten Tage, bereits vom ersten Krankheitstage berechnet werden. Ist die Krankenkasse kraft ihrer Einrichtungen, kraft vor allem einer genügenden Beaufsichtigung und ärztlichen Kontrolle ihrer Kranken sicher, ebenso, Simulanten nicht unter ihren „Kranken“ zu zählen, so kann diese Vorsichtsmaßregel ohne weiteres fallen gelassen werden. Sie kommt allen denen zu Gute, die eben nur kurze Zeit, vielleicht gar nur 3 Tage krank sind, was doch oft genug — denken Sie bitte an eine leichte Angina, an eine Verstauchung oder eine Schnittwunde von entsprechender Größe — vorkommt. Während für gewöhnlich die Arbeitswoche mit 6 Tagen der Berechnung des Krankengeldes zu Grunde gelegt wird, darf die Kasse, wenn sie die genügenden Mittel besitzt, auch die Sonn- und Feiertage mit berechnen, so daß also prozentual sogar über den entgangenen Verdienst hinaus dem Kranken die Versicherung zu Gute kommt.

Das Krankengeld, das mindestens die Hälfte des berechneten ortsüblichen Tagelohns betragen soll, darf bis zu $\frac{3}{4}$ desselben gesteigert werden. Eine solche Belastung der Kassenmittel kann freilich nur unternommen werden, wenn es sich um wohlfundierte Unternehmungen handelt, bei denen dauernd große, und fast gleichmäßig große Einkünfte zu erwarten sind, wie das etwa bei großen Ortskrankenkassen oder Fabrikkrankenkassen sehr rentabler Industriezweige der Fall ist. Neben dem Krankengeld können außer freier ärztlicher Behandlung und freier Arznei auch andere kostspielige Heilmittel, auch außer den zur Pflichtleistung gehörenden Bruchbändern, Brillen usw. gewährt, so z. B. künstliche Glieder, orthopädische Korsetts, Schienen, besondere Schuhe, event. auch Badereisen, wenn es in einem besonderen Fall angezeigt erscheint, und eine Wiederherstellung auf diese Weise mit Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

Das Krankengeld, das neben der Gewährung freien Aufenthaltes im Krankenhause den Arbeitnehmern, die für ihre Familie zu sorgen haben gewährt wird, kann auch solchen zugesprochen werden, die keine Angehörigen zu unterhalten haben, jedoch in geringerer Höhe, nämlich bis zu $\frac{1}{8}$ des durchschnittlichen Tagelohnes. Kleinere Bedürfnisse, die ja

auch trotz der vollkommenen Verpflegung im Krankenhause noch vorhanden sind, können also auch davon noch bestritten werden. Häufig freilich machen wir Krankenhausärzte die Erfahrung, daß Kranke, die geheilt nach längerer Zeit entlassen werden, die ihnen von der Kasse ausgezahlte Summe ziemlich rasch — offenbar im Vollgefühl neu-gewonnener Kräfte alsbald für den Kauf alkoholischer Flüssigkeiten wieder ausgeben. Das läßt sich jedoch kaum verhindern. Glücklicherweise sind diese Unterstützungen meist nicht so hoch, daß die Versuchung allzu groß wird.

Eine gesetzliche Bestimmung, die praktisch noch wenig angewandt worden ist, bezieht sich auf die Unterstützung der Rekonvaleszenten, nachdem die Verpflichtung, für den Kranken zu sorgen, abgelaufen ist. Hat die Kasse 26 oder 39 oder gar 52 Wochen für ihn gesorgt, und bedarf er zur völligen Wiederherstellung einer ruhigen Erholung, während deren ärztliche Behandlung für ihn nicht mehr erforderlich ist, so erlaubt das Gesetz weitere Fürsorge für die Dauer eines ganzen Jahres. Allerdings fügt es hinzu, daß hierbei namentlich an die Unterbringung in einer Rekonvaleszentenanstalt gedacht werden soll. Solche Erholungs- oder Genesungsheime sind heute an vielen Orten eingerichtet, doch haben sich im allgemeinen weniger die Krankenkassen — und auch hier nur die ganz großen Organisationen, meist die Ortskrankenkassen der Großstädte — als die Versicherungsanstalten für Invalidenversicherung an ihrer Errichtung beteiligt. Die ganze Maßregel der Rekonvaleszentenunterstützung spielt auch, wie wir später sehen werden, mehr in das Gebiet der Invalidenversicherung hinüber; schon deshalb, weil bei den langdauernden Krankheiten, die hier in Betracht kommen, meist die Zeit der Krankenkassenverpflichtung vergangen ist, ehe eine Rekonvaleszentenunterstützung in Frage kommt. Außerdem handelt es sich nicht, wie bei den Invaliden-Versicherungs-Anstalten um eine allgemeine Einrichtung, sondern nur um eine vom Gesetzgeber angedeutete Möglichkeit, die von den weniger gut gestellten Krankenkassen gern der wohlhabenderen Schwestereinrichtung überlassen wird.

Andere Unterstützungen, das Wöchnerinnen- und das Sterbegeld können in ihrer Dauer verlängert, bezüglich in ihrem Betrag erhöht werden.

Eine schließlich sehr wichtige Bestimmung, die die Zahl der kassenärztlich behandelten Personen um mehr als das doppelte vermehrt, betrifft die Mitversicherung des Angehörigen eines Arbeitnehmers. Sowohl freie ärztliche Behandlung wie Aufnahme ins Krankenhaus können

den erkrankten Familienangehörigen, — ein Begriff, der nun verschieden weit gefaßt werden kann, — gewährt werden. Auch das Wöchnerinnengeld kann der Ehefrau eines Kassenmitgliedes ausgezahlt werden.

Der Kreis der Krankenversicherung hat sich allmählich ausgeweitet, mit der Erfahrung, welche Geldmittel der geringe tägliche Pfennigbeitrag bei den vielen Tausenden von Mitgliedern der Krankenkassen zusammen bringt, sind die Leistungen, freilich auch die Ansprüche gewachsen. Es ist eine sozialpolitisch hochwichtige Frage, wie sich in einer industriell nicht so erfolgreichen Zeit die Arbeitnehmer mit den verminderten Leistungen der Krankenkassen abfinden werden, die sie jetzt gewohnt sind, als etwas ganz selbstverständliches anzusehen. Die Gefahr, daß die Schuld an einer solchen Verminderung den Arbeitgebern zugeschoben werden wird, liegt in unserer an die Klassengegensätze gewöhnten Zeit außerordentlich nahe, zumal dieser Gegensatz sich eher noch verschärft als etwa sich ausgleicht. Bisher haben sich die Verpflichtungen und die Leistungen der sozialen Versicherung in der aufsteigenden Linie bewegt, ein Zurückgehen würde wahrscheinlich auf große Schwierigkeiten stoßen. Ehe ein Weiterschreiten auf diesem Gebiete stattfindet, würde es sich eher empfehlen, auch dem Mittelstand, etwa den Handwerkern, die Segnungen ähnlicher aber freiwilliger Versicherung unter staatlicher Aufsicht zugänglich zu machen, wobei wir Ärzte freilich von vornherein verlangen müßten, besser mit unseren berechtigten Wünschen berücksichtigt zu werden, als wie wir sehen werden, beim Krankenversicherungsgesetz geschehen ist.

Gewisse Einschränkungen kennt übrigens das Gesetz auch jetzt schon: Angehörige der Krankenkassen, die den Anordnungen derselben, oder den Anordnungen des Arztes nicht Folge leisten, können mit Geldstrafen belegt werden; es können ihnen aber auch die Leistungen der Kasse entzogen werden. Außerdem gibt es gewisse Kategorien von Krankheiten, die ganz oder doch bis auf weiteres aus der Fürsorge des Gesetzes herausgenommen sind. Das sind diejenigen Krankheiten, die Jemand sich vorsätzlich oder durch schuldhafte Beteiligung an Schlägereien oder Raufhändeln, und durch Trunkfälligkeit zugezogen hat. Bezüglich der beiden letztgenannten Kategorien können wir Ärzte ohne weiteres die volle Berechtigung der Bestimmungen zugeben. Namentlich ist im Interesse des Volkswohles und im Interesse der Verbesserung der öffentlichen Moral nur mit großer Freude zu begrüßen, daß die im Alkoholausbruch erworbenen Erkrankungen, zu denen ja aus dem Gebiet der internen wie der äußeren Medizin eine ganze Reihe zu rechnen sind, von der Ver-

sorgung durch die Krankenkassen ausgeschlossen bleiben, während sonst bei der Rechtsprechung und nach der allgemeinen Anschauung der allzu-reichliche Alkoholgenuß und seine Folgen eher als eine Entschuldigung betrachtet und verwertet werden, eine Anschauung, die sich nur aus dem Gefühle des dem Deutschen besonders inliegenden Humors erklären läßt, mit dem der Nüchterne einen Betrunkenen betrachtet. Denn die Be-einträchtigung der Selbstbestimmung ist ebenso eine Folge des über-mäßigen Alkoholgenusses wie etwa des Zornes, der Leidenschaft, des Kummers usw.

Unter die vorsätzlich erworbenen Krankheiten würden rechtmäßig auch die Folgen des Selbstmordversuches fallen. Doch ist mir kein Fall bekannt, daß eine Krankenkasse sich geweigert hätte, für einen solchen Kranken zu sorgen. Gemeint sind vielmehr die Erkrankungen, die jemand sich vorsätzlich zum Schaden einer andern Rechtsperson, sei es die Kranken-kasse oder eine dritte, zuzieht. In die Nähe dieser Bestimmung fällt auch die Simulation von Krankheiten zu ungunsten der Krankenkassen, um Krankengeld während der selbstgemachten Ferien zu erhalten, eine Methode, die Ihnen, m. H.!, später noch recht häufig begegnen wird. Da heißt es denn für den Arzt, sich ganz auf den objektiven Standpunkt des „Naturforschers“ stellen, keinem zu liebe zu urteilen, niemandem Unrecht, aber dem Unrechten recht zu tun. Für eine simulierte Krank-heit wird die Kasse nicht aufkommen; sie wird den betreffenden sogar bestrafen und ihn vielleicht vor den Strafrichter bringen können.

In den früheren jetzt nicht mehr geltenden Novellen des Kranken-versicherungsgesetzes war auch die Bestimmung enthalten, daß Krank-heiten, die sich ein Mitglied durch „geschlechtliche Ausschweifungen“ zugezogen hatte, außerhalb des Rahmens der gesetzlichen Fürsorge stün-den. Gemeint waren damit vom Gesetzgeber die Geschlechtskrankheiten. An und für sich ist der Ausdruck „geschlechtliche Ausschweifung“ viel-deutig. War damit die *Cohabitatio extramatrimonialis* überhaupt ge-meint oder nur gewisse Handlungen, die für gewöhnlich innerhalb des bürgerlichen Lebens, wie es sich nun einmal heute abspielt, nicht vor-kommen? Das ist niemals entschieden worden. Die Notwendigkeit, die Geschlechtskrankheiten energisch zu bekämpfen, hat den Gesetzgeber ge-zwungen, sie als gleichberechtigt auf Krankenfürsorge anzuerkennen, sie nicht als vorsätzlich erworben zu bezeichnen, und hat damit ein Ver-dammungsurteil, nicht zur Zufriedenheit mancher streng gesinnter Kreise, aufgehoben. Aber die Rücksicht auf die öffentliche Gesundheitspflege und auf die Verhütung der vielen, auf schlecht oder gar nicht behandelte

Geschlechtskrankheiten folgenden Leiden der gleichen und der nächsten Generationen, war wichtiger als die Rücksicht auf die Forderungen der Moralisten. Der Arzt kann dafür nur dankbar sein, auch in seinem eigenen Interesse. Oft genug ist ihm von der Krankenkassenverwaltung die Frage vorgelegt worden, ob dieser oder jener Kranke unter den eben angezogenen Paragraphen fiele; die Pflicht, das ärztliche Berufsgeheimnis zu wahren, die ihm der § 300 des deutschen Strafgesetzbuches auferlegt, veranlassen ihn, wenn der Kranke nicht etwa seine Einwilligung zu rückhaltloser Auskunft gab, zu antworten, daß ihm die Antwort nicht erlaubt sei. Der Erfolg war der gleiche, denn die Krankenkassen wußten nun, daß es sich um etwas verdächtiges handelte, konnten eigene Nachforschungen anstellen und dem Kranken die Fürsorge entziehen.

Sie sehen, m. H.!, die Leistungen der Krankenkassen sind mannigfaltig und weitreichend. Sie greifen in außerordentlich viele Verhältnisse des bürgerlichen Lebens ein, helfend, stützend, Not und Sorge mildernd. Damit der gewaltige Mechanismus, der so in das Leben von über 15 Millionen Deutschen hineinreicht, gut und geräuschlos, glatt und doch sicher funktioniert, bedarf es eines gewaltigen Aufwands von Verwaltungsarbeit im großen und im kleinen. Wir wollen jetzt, ehe wir uns im nächsten Vortrag mit dem Verhältnis der Ärzte zu den Kassen näher beschäftigen, diesen Verwaltungsapparat und seine Gesetze kennen lernen, kurz, denn wir haben als Ärzte noch wenig damit zu tun: Doch ist es notwendig, da unser Streben darauf hinausgehen muß, der Verwaltung dieser für so viele Fragen der öffentlichen Gesundheitspflege wichtigen Organisation mit anzugehören. Wir haben schon besprochen, daß die Regierung sich den freudig begrüßten Gedanken erwägt, die kostspielige Einzelverwaltung vorteilhaft zu zentralisieren. Zwar werden die Prinzipien die alten bleiben, die sich in den zwei Jahrzehnten des Bestehens bewährt haben, aber eine Reihe von Änderungen, die für unseren Stand wünschenswert wären, können und müssen eingeführt werden. Wir werden das nur durch tatkräftiges Auftreten und durch möglichst allgemeine Kenntnis der Verhältnisse, wie sie jetzt liegen, erreichen. Da wir ja auch als Kassenärzte in vielfache Berührung und Verhandlungen mit der Krankenkassenorganisation treten müssen, so liegt es in aller Ärzte Interesse, sich über dieselbe zu unterrichten.

Man hat auch hier Gemeindekassen und sog. Zwangskassen zu unterscheiden. Die Gemeindekassen werden, ihrer Kleinheit — in den meisten Fällen — entsprechend, von den Gemeindevorstehern verwaltet, und zwar im Neben- und als Ehrenamt. Alle Krankenkassen aber unter-

stehen der Aufsicht von der Regierung ernannter Behörden, sie haben nicht etwa selbst behördlichen Charakter. Als solche Behörden kommen für die Gemeinde — auch für die aus ihnen durch Zusammenlegung hervorgegangenen Kreiskrankenkassen die Landratsämter in Preußen, in den übrigen Bundesstaaten entweder gleichgestellte oder höhere Beamte in Betracht. In den Städten wird die Beaufsichtigung der Orts-, Fabrik- und anderer Zwangskassen oft auch einer aus staatlichen und höheren Kommunalbeamten gemischten Behörde übertragen. Die Zwangskassen haben sog. Selbstverwaltung, d. h. Private ohne amtlichen Charakter stehen an der Spitze derselben. Bei den Fabrikkrankenkassen ist es der Fabrikbesitzer, oder ein von den Besitzern gewählter, meist ein technisch gebildeter Mann, der sie leitet; bei den Ortskrankenkassen ein Kassenvorstand, der aus mehreren gewählten Mitgliedern aus dem Kreise der Arbeitgeber und -nehmer besteht. Er wählt selbst wieder einen Vorsitzenden und ernennt die Beamten der Kasse. Er beruft die Generalversammlung der Kassenmitglieder, der auch die Arbeitnehmer angehören und zwar mit der Maßgabe, daß jedes stimmberechtigte, d. h. volljährige Mitglied für seine Person zwei Stimmen besitzt, daß jeder Arbeitgeber für jede von ihm beschäftigte und versicherte Person eine Stimme abgeben darf. Ein gewisser Ausgleich der naturgemäß vorhandenen Klassenunterschiede ist also gewährleistet.

Die Generalversammlung hat über die wichtigsten Fragen der Verwaltung alljährlich zu entscheiden. Sie ist zugleich die erste Instanz für allerlei Beschwerden, die natürlich in einem solchen Verwaltungsapparat nie ausbleiben werden, und was für die Ärzte von Wichtigkeit ist zu wissen, diejenige Instanz, die die Verträge mit den Ärzten gutzuheißen oder zu verwerfen hat.

Jede Krankenkasse muß ein Kassenstatut haben, das von der Behörde genehmigt sein muß; Änderungen dieses Statuts sind Sache der Generalversammlung, müssen aber ebenfalls von der Behörde sanktioniert werden. Das Kassenstatut gehört ebenso, wie ein Exemplar des Krankenversicherungsgesetzes, auf den Schreibtisch oder in die Handbibliothek jedes praktischen Arztes; nur durch die souveräne Verachtung der Notwendigkeit, die inneren Verhältnisse der Kassen selbst kennen zu lernen, sind die Wirkungen des Krankenversicherungsgesetzes auf den Ärztestand so lange unbemerkt geblieben oder doch nicht der Gegenstand der allgemeinen Aufmerksamkeit der Ärzte gewesen. Um so mehr empfiehlt es sich jetzt, das Versäumte nachzuholen: nur wenn wir in dem Gesetz ebenso genau Bescheid wissen, wie der Kassenvorstand selbst, werden

wir das Gesetz zum Nutzen der Versicherten, aber auch nicht zu unserem eigenen Schaden, wie bisher, ins Werk umsetzen. Sehr oft habe ich die Beobachtung gemacht, daß Ärzte, die lange Jahre als Kassenärzte tätig gewesen waren, über die einfachsten Dinge aus dem Krankenversicherungsgesetz, ja nicht einmal aus dem Statut der eigenen Krankenkasse Bescheid wußten, Dinge vielleicht, die sie tatsächlich tausendmal selbst erlebt hatten, die ihnen aber in ihrer Bedeutung fremd geblieben waren. Solche Ärzte können die Versicherung gegen Krankheiten nicht im Sinne des Gesetzes ausnutzen, denn sie kennen oft genug nicht einmal die verschiedenen Möglichkeiten, mit denen sie ihren Kranken durch die Krankenkasse vorwärtshelfen können.

Die großen Einnahmen der Krankenkassen werden selbstverständlich nicht in jedem Jahr verbraucht. Es wäre wohl möglich, daß man bei einiger Übung den benötigten Posten für eine bestimmte Kasse im Voraus berechnet und danach die Beiträge bemißt. So wird es wohl auch in vielen kleineren Kassen sich verhalten, vor allem in den Gemeindekrankenkassen; indessen das Gesetz wünscht es anders. Das geht aus der Bestimmung hervor, die die Ansammlung eines Reservefonds festsetzt. Dieser soll die Höhe erreichen, die durch den Durchschnitt der Ausgabe der letzten drei Verwaltungsjahre gegeben ist. Wird also z. B. in einem Jahre eine größere Summe verbraucht als man erwartet hatte, so muß auch der Reservefonds für das nächste Jahr dementsprechend erhöht werden. Das Vermögen der Krankenkassen soll bis zu bestimmter im einzelnen festzusetzender Höhe den Sparkassen anvertraut werden. Darüber hinaus dürfen Wertpapiere angeschafft werden, die unter die in den deutschen Bundesstaaten als „mündelsicher“ bezeichneten Werte fallen. Spekulationen irgend welcher Art mit dem Vermögen der Kassen sind strengstens verboten. Die Wertpapiere müssen sogar den Aufsichtsbehörden zur Aufbewahrung übergeben werden.

Abgesehen vom Vorstand ist naturgemäß in den großen Krankenkassen es nicht zu vermeiden gewesen, daß je nach Bedarf eine ganze Reihe von anderen Beamten der Krankenkasse eingestellt worden sind. Neben dem Kassierer und seinen Gehilfen sind da Kontrolleure, die die Kranken während ihrer Krankheit, wenn sie nicht im Krankenhaus sind, besuchen und z. B. kontrollieren, ob sie die ihnen erlaubten Ausgehstunden innehalten u. a. m. Im wesentlichen handelt es sich also um subalterne Bureaubeamte, die sich durch ein eigenartiges Selbstbewußtsein und Solidaritätsgefühl gerade bei den Verwaltungen der Krankenkassen auszeichnen, sich einen eigenen Verband zur Wahrung ihrer

Interessen geschaffen haben, und für die wichtige Arbeit, die sie leisten, auch besser bezahlt werden wollen wie andere Subalternbeamte. Gegen dieses Bestreben ist von uns Ärzten auch nicht das geringste einzuwenden, wenn nur nicht des öfteren schon ein gewisser und wenig erfreulicher Gegensatz zwischen Ärzten und diesen Subalternbeamten der Krankenkassen zu Tage getreten wäre, so, als ob die letzteren den ersteren die für ärztliches Honorar erhaltenen Summen nicht gönnten, oder dagegen ihrerseits Ansprüche ins Feld führen möchten. Daß bei einigen Krankenkassen diese Stellen die Versorgungsplätze für die Agitatoren einer politischen Partei abgeben müssen, ist schon angedeutet worden.

Neben den erheblichen Vorteilen, die die Einrichtung der Krankenkassen für die einzelnen gehabt hat, und weiter haben wird, darf ein Nutzen, den die Allgemeinheit, je länger die Einrichtung besteht, in um so erheblicherem Maße davon haben wird, nicht übergangen werden. Das sind die verschiedenen in der geordneten Verwaltung der Kassen zu findenden Möglichkeiten, statistische Fragen mannigfacher Art zu beantworten. Da sind zu nennen die Morbidität und Mortalität gewisser Bevölkerungskreise und bestimmter Stände, die Häufigkeit von einzelnen Krankheiten, die durchschnittliche Dauer derselben und viele andere Fragen, die nicht nur die Medizin, auch die Nationalökonomie und Sozialistik angehen, schließlich noch rein technisch finanzielle Fragen, die oft von großer Wichtigkeit sind.

Aus verhältnismäßig einfachen Grundlagen — dem Gedanken der Versicherung gegen Krankheit — ist ein großer Bau erwachsen, dessen Ausdehnung und dessen Aufgabe wir theoretisch jetzt kennen gelernt haben. Es ist nunmehr unsere Aufgabe, die Anwendung seiner Vorschriften auch in der Praxis für Kranke und Ärzte zu studieren.



Vierte Vorlesung.

Arzt und Krankenversicherung.

Anstellung als Kassenarzt. Freie Arztwahl. Verhältnis zum Kassenvorstand. Tätigkeit als Kassenarzt; Beispiele. Ärztliche Buchführung. Gemeinsame Tätigkeit der Krankenversicherung und der Invalidenversicherung. Streitigkeiten zwischen Arzt und Kassenvorstand. Bezahlung des Arztes; Arten: Minimaltaxe, Gesamtpauschale; Einzelpauschale. Bon-System. Pointsystem. Allgemeine volkswirtschaftliche Fragen.

Literatur:

1. Mugdan: Krankenversicherungsgesetz. Leipzig, Thieme 1900.
2. Thiersch, Der Kassenarzt. Leipzig 1895.
3. Mayer und Höber, Die Stellung der Ärzte bei den Krankenkassen. Denkschrift für den Bundesrat und den Reichstag 1902. Beilage z. ärztl. Ver.-Blatt 1903, Nr. 490.
4. Dresdener: Ärztliche Arzneiverordnungslehre für Krankenkassen usw. München 1900.

M. H.! Um die rein praktische Frage nach dem Übungsgemäßen Verkehr zwischen Kranken, Arzt und Krankenkasse zu besprechen, empfiehlt es sich am meisten, rein praktische Beispiele zu wählen. Wenn Ihnen der Stoff selbst in recht präzise gewählten Vorschriften mitgeteilt würde, so hätten Sie das meiste alsbald wieder vergessen. Die Beispiele jedoch, deren Objekte, die Kranken, Ihnen aus den klinischen Vorstellungen hier bekannt sind, werden Ihnen die notwendigen Verkehrsmaßregeln leicht einprägen.

Zunächst aber müssen wir uns damit beschäftigen, wie denn der Arzt in ein derartiges Verhältnis zur Kasse tritt, daß ihre Mitglieder ihn in Krankheitsfällen aufsuchen. Zuerst hat man wohl alle Ärzte einer bestimmten Örtlichkeit, soweit sie ihre Bereitwilligkeit dazu erklärten, von Seiten der Kassen als Kassenärzte anerkannt. Aber schon bald ergab sich, daß man die ärztliche Arbeit billiger erhalten konnte, wenn einer oder nur einige Ärzte alle Kranken der Kasse behandelten und unter Vertrag

nur eine bestimmte, allmählich niedriger werdende Summe dafür bezogen. Die Einrichtung der sog. Kassenärzte war bereits im Gesetz vorgesehen, das von der Berechtigung der Kassen spricht, besondere Ärzte, und besondere Apotheken anzustellen, resp. mit ihnen Verträge über billigere Lieferung von ärztlicher Behandlung und Arzneilieferung abzuschließen. Trotz der geringen auf den Kopf der Versicherten berechneten Bezahlung wurden aber doch die Stellen der Kassenärzte sehr begehrt, es entstand oft ein förmlicher Wettlauf um sie; gaben sie doch namentlich jungen Ärzten Gelegenheit, bald nach dem Examen eine wenn auch vielleicht nicht immer glänzende, so doch meist auskömmliche Einnahme zu erwerben und sich damit selbständig zu machen. Es sollen bei solchen Bewerbungen bei den Vorständen der Krankenkassen und bei einflußreichen Mitgliedern ihrer Generalversammlungen oft eigenartige Mittel angewendet worden sein. Wir haben allen Grund, anzunehmen, daß sie jetzt nicht mehr angewendet werden. Heute kann sich der Arzt meist nur durch ärztliche Vertragskommissionen oder durch ständische Vertretungen mit den Krankenkassenvorständen in Verbindung setzen: persönliche Bewerbung fällt weg. Das Angebot ist jetzt auch so groß geworden, daß wenigstens in größeren Städten überall eine Karenzzeit von bestimmter Dauer verlangt wird, ehe der Betreffende zum Kassenarzt ernannt werden kann.

Die Bewerbung um Kassenarztstellen, die freilich im einzelnen überall verschieden ist, pflegt im allgemeinen folgendermaßen vor sich zu gehen. Der Ärzteverein des betr. Ortes oder Kreises hat mit den Vertretern der Orts- oder Gemeindekrankenkassen eine Kommission ernannt, die sowohl für Streitigkeiten zwischen Ärzten und Kassen als Berufungs- und schiedsrichterliche Instanz gilt, wie auch die Vermittelung der Anstellung von Kassenärzten übernommen hat. Hier erklärt der junge Arzt am besten schriftlich seinen Wunsch, sich an der Behandlung der Kassenkranken zu beteiligen. Hat die betr. Krankenkasse die sogenannte freie Arztwahl eingeführt, oder sind nur wenige Ärzte am Ort, oder ist gar Not um einen Arzt vorhanden, so wird es ihm in der Regel keine Schwierigkeiten machen, sein Ziel zu erreichen. Anders, wenn eine gewisse Anzahl von Ärzten aus vielen ausgewählt werden kann. Da wird es öfter vorkommen, daß der junge Kollege abgewiesen wird; es ist aus solcher Abweisung auch nicht ohne weiteres dem Kassenvorstand ein Vorwurf zu machen. Er ist durch seine unter Gesetz stehenden Vorschriften gebunden und kann auch oft nicht über eine bestimmte Anzahl von Ärzten hinausgehen, weil eben der Bedarf völlig gedeckt ist.

Das richtige Verhältnis zwischen Kranken, Ärzten und Kassen gewährleistet die sogen. freie Arztwahl. Wir verstehen darunter, daß einmal jeder Arzt, der willens ist, sich an der Behandlung von Kassenkranken zu beteiligen, durch seine einfache Bereitschaftserklärung auch das Recht dazu sich erwerben kann, daß aber anderenfalls die Kranken unter diesen Ärzten sich denjenigen wählen können, zu dem sie das meiste Vertrauen haben. Sie sind nicht gezwungen, zu diesem oder jenem, den ihnen die Kasse vorschreibt, zu gehen. Dieser Begriff der freien Arztwahl ist vielfach mißverstanden worden und mißverstanden auch bei Diskussionen verwendet worden, so z. B., als ob ein armer Teufel auf Grund der freien Arztwahl den Leibarzt des Kaisers nach dem letzten Dorf an der russischen Grenze rufen könne, oder als ob jeder Arzt der betreffenden Stadt ohne weiteres jedem Kassenmitglied zur Verfügung stände. Diesen Mißverständnissen gegenüber muß an der obigen klaren Definition der freien Arztwahl festgehalten werden. Der Arzt kann bei der freien Wahl zum Arzt am ehesten die ihm durch die neue Entwicklung des ärztlichen Standes unter dem Einfluß der Spezialisierung, der Überfüllung und der sozialen Gesetzgebung verloren gegangenen Stellung als Hausarzt und als Berater der Familie wiedergewinnen, die seinen sozialen Einfluß, der von allen ernsthaften Nationalökonomien anerkannt wird, am besten hervortreten lassen.

Bei den Verwaltungen der Krankenkassen, insbesondere bei denjenigen der ganz großen Ortskrankenkassen, ist des öfteren in den letzten Jahren das Bestreben hervorgetreten, sich zum Dienstherrn der angestellten Kassenärzte aufzuschwingen, man ist sogar den materiellen Forderungen der Ärzte, von denen nachher noch zu sprechen sein wird, insofern entgegengekommen, als man das unerwünschte Anerbieten von Pensionsberechtigung und fester beamtenartiger Anstellung machte. Die Ärzte haben es abgelehnt, sich in dieser Weise anstellen zu lassen, und von dem Kassenvorstand so noch weiter abhängig zu werden. Sie wünschten die Freiheit des Berufes zu behalten, die ja bisher auch den Lockungen zu staatlicher Anstellung aller Ärzte widerstanden hat.

Das Krankenversicherungsgesetz spricht nicht oder nur selten einmal vom Arzt. Und das ist — wenn es auch anfänglich als eine Mißachtung des ärztlichen Standes aufgefaßt worden ist — doch gut so, denn der Arzt steht so den Krankenkassen frei gegenüber, als ein selbständiger Faktor, mit dem sie auszukommen haben, von dem sie etwas zu erwerben haben, nämlich die ärztliche Leistung, und die der Arzt ihnen freiwillig und nur unter gewissen von ihm zu stellenden Be-

dingungen liefert. Wie sie sich mit dem Arzt abfinden, ist den Krankenkassen überlassen worden. Wäre das Verhältnis von vornherein in dem Gesetz festgelegt worden, lautete die Bestimmung etwa so, daß die Kassen ihre Ärzte fest anstellen müßten, es wäre die Bewegung, die den ärztlichen Stand zu seinem Heile jetzt ergriffen hat, lange nicht so rasch und so weit vorgeschritten. Das Gesetz gibt der Kasse das Recht, bestimmte Ärzte, bestimmte Apotheken, bestimmte Krankenhäuser mit der Versorgung ihrer Kranken zu betrauen, aber es gibt ihr andererseits auch die Pflicht, für sie ärztliche Hilfe zu besorgen. Und daran muß unbedingt festgehalten werden. Die Apotheken und Krankenhäuser — bei den letzteren als meist öffentlichen oder Wohltätigkeitsveranstaltungen fällt das weniger ins Gewicht — aber stehen etwas anders zu den Krankenkassen als der Arzt. Sie sind vom Staate dem Bedürfnis entsprechend zugelassen, stehen unter dem Konzessionszwang und die Krankenkassen sind mehr oder weniger auf sie angewiesen, viel mehr jedenfalls als auf die Ärzte, deren Zahl sich, wie Sie ja wissen werden, m. H., in den letzten beiden Jahrzehnten mehr als verdoppelt hat. Namentlich ist das Angebot von Ärzten in großen Städten so erheblich, daß man oft auf nur einige hundert Einwohner schon einen Arzt rechnen kann. Die Auswahl unter diesen erfolgt für die Krankenkassen natürlich, und wie man zugeben muß, von ihrem geschäftlichen Standpunkt allein aus gesehen, mit Recht, nach dem Gesetz der Mindestforderung. Es haben aber die Krankenkassen noch eine andere und weit wichtigere Aufgabe, als möglichst gut und sparsam zu wirtschaften, nämlich die, richtig, gut und reichlich für ihre Kranken zu sorgen und deren Interessen und Wünschen sich in Bezug auf ärztliche Versorgung anzuschließen. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß das bei vielen Ärzten, unter denen dem Kranken die freie Wahl zusteht, leichter und besser möglich ist, als wenn nur einige Ärzte alle Kranken zu behandeln haben. Es mag sein und ist psychologisch nicht unerklärlich, daß im Anfang der Krankenversicherungsära dem kranken Arbeiter es gleich war, zu welchem Arzt er ging; da war das für ihn ein studierter Herr, er stand an ethischer und intellektueller Bildung so tief unter ihm, daß es ihm vielleicht gar nicht in den Sinn kam, nach einem anderen zu verlangen. Heute aber, nach 25 Jahren, in der Zeit der Hochschulkurse, der Arbeiterbildungsvereine, der allgemeinen Zunahme wissenschaftlicher Kenntnisse und ständischen Bewußtseins, liegt die Sache schon anders und ich habe es aus diesen Kreisen oft aussprechen hören, daß sie gern diesen oder jenen Arzt lieber gewählt hätten, kaum weil sie ihm etwa

wissenschaftlich mehr zutrauten, sondern weil sie ihm mehr vertrauten, weil seine Persönlichkeit ihnen angenehmer und eben vertrauenswürdiger war. Die freie Arztwahl liegt zweifellos im Interesse der Versicherten.

Wenden wir uns nun zunächst den rein praktischen Fragen der Krankenversicherungsmedizin zu, so kommt es uns also darauf an zu erfahren, wie und unter welchen Bedingungen der Krankenkassenarzt mit seinen Patienten in Berührung, was er für sie tun kann, was der Wissenschaft als solcher aus derartiger Tätigkeit für Vorteile zuströmen, und endlich auch, was dann der ärztliche Stand in mancherlei Hinsicht dabei zu gewinnen oder zu verlieren hat.

Stellen wir uns also den jungen Kollegen als Kassenarzt, etwa unter der Fahne der freien Arztwahl angenommen, in seinem Sprechzimmer vor. Er untersucht einen Arbeiter, der sich ihm gegenüber als Mitglied der Kasse, der er als Arzt zugehört, legitimiert. Das geschieht entweder durch eine Mitgliedskarte, durch einen besonders von der Kassenverwaltung ausgestellten Beglaubigungsschein, oder durch Namensfeststellung nach einer Liste aller Kassenangehörigen. Nehmen wir an, es handle sich um eine angina follicularis. Der Kollege trifft seine Anordnungen, empfiehlt Bettruhe, frische reine Luft, flüssige oder breiige Kost, einen Halsprießnitz und ein Medikament zum Gurgeln. Die medizinischen Zeitschriften wimmeln bekanntlich von neuen Antisepticis, die zum Gurgeln, Ausspülen usw. verwendet werden sollen. Man wird das wirksamste wählen, aber unter gleich wirksamen das billigere, zuletzt erst das angenehmere aussuchen. Denn zweifellos steht in erster Linie das Interesse des Kranken, recht bald wieder gesund zu werden, aber in zweiter Reihe soll der Kassenarzt nicht vergessen, daß auch er mit seinen Verordnungen eine gewisse, und nicht kleine Verantwortung trägt für die Verwendung der Spargroschen der deutschen Arbeiter, eben der Einnahmen der Kassen. Es ist nicht erlaubt, mit ihnen den Fabrikanten chemischer Präparate Geschenke zu machen; es muß verlangt werden, daß der Arzt auch nach dem Preise seiner verordneten Arzneien frage, und richtig zwar, aber auch billig ordinieren lerne. Es kann uns der Vorwurf nicht erspart bleiben, daß diese Forderung oft nicht genügend beachtet worden ist. Andererseits haben wir gerade durch die Bemühungen verschiedener deutscher Ärzte, die sich um die Herausgabe von Arzneiverordnungen mit durchgeifender Rücksichtnahme auf sparsame Wirtschaft verdient gemacht haben, gelernt, uns danach zu richten. Es mag sein, daß es anfangs lästig für den Arzt ist, auch diese Seite der Rezeptier-

kunst zu beachten, indessen kann an seiner Verpflichtung hierzu, wenn er an dem großen sozialen Werk der Krankenfürsorge überhaupt teilnehmen will, nicht gezweifelt werden. Vor allem heißt es nichts unnützes verordnen, aber unter dem nützlichen das beste und wohlfeilste aussuchen. Bekanntlich kann nicht nur an der Art der Substanz, sondern auch an der Verordnungsweise, schließlich sogar an der Verpackung u. dgl. ausgiebig gespart werden. Es kann nicht unsere Aufgabe sein, uns hier im einzelnen damit zu beschäftigen, aber der Hinweis auf diese wichtige Seite der ärztlichen Rezeptierkunst, die in ihrer Übung nicht vernachlässigt werden darf, konnte hier nicht unterbleiben.

Um wieder zu unserem Fall zurückzukehren, so würden wir also dem Mann mit der angina ein recht wirksames und dabei billiges Gurgelmittel verschreiben. Am meisten empfiehlt sich zu solchem Ende — um auch hier das praktische Element ganz zur Geltung kommen zu lassen — etwa die Verordnung von Kal. permanganic. oder Kal. chloric. in Substanz im Handverkauf, zu der aber eine genaue Gebrauchsanweisung hinzugefügt werden muß. Sonst besteht die Gefahr, daß das nicht genügend bezeichnete Mittel verkannt und anderweitig benützt wird, was nicht ohne schädliche Folgen ablaufen könnte. Die Haftpflichtversicherung trifft bekanntlich auch uns Ärzte. Wir werden von ihr in einer späteren Vorlesung noch weiteres zu hören haben.

Der Kranke verläßt den Arzt. Dieser wird sich Namen, Datum und Art seiner Hilfeleistung kurz notieren, am besten in Tabellenform, sodaß die Einzeldaten leicht zu übersehen sind; er wird ferner, soweit ihm das seine Zeit gestattet — und das sollte sie eigentlich stets tun — einige kurze Notizen über den Krankheitsfall machen, sodaß er sich jederzeit rasch wieder das Bild der Krankheit in das Gedächtnis zurückrufen kann. Das bringt uns zu der Pflicht der ärztlichen Buchführung. Sie sehen nun schon wieder einmal, m. H.!, daß der Arzt gar vieles mit dem Kaufmann gemein hat, und daß ihn oft gleiche Tätigkeit verbindet. Die Zeiten, in denen der Arzt ohne Buchführung auskam, sind wohl endgültig vorbei, und nur selten, vielleicht nur noch in Erzählungen aus alten Zeiten wird man hören, daß ein Arzt seine Rechnungen nach Gutdünken oder nach beliebiger Abschätzung ausgestellt hat, oder gar etwa, wie der Arzt des L'Arronge'schen Lustspiels, sich scheut zu liquidieren. Unbeschadet aller humanen Gedanken, unbeschadet der sozialen Bedeutung seiner Arbeit hat der Arzt ein Recht auf die Vergütung seiner Leistung. Jede Arbeit ist ihres Lohnes wert, zumal gar eine solche, die erst auf der Grundlage so lang dauernden Studiums und stets vorhan-

dener Gefahr für Gesundheit und Leben ausgeübt wird. Aber rechtmäßige Einnahmen können nur erwartet werden auf Grund berechtigter und rechtmäßiger Forderungen. Und eben diese beiden wichtigen Eigenschaften gewährt denselben erst eine genaue Kontrolle der Leistungen durch Buchführung und Krankenbuch. Man denke sich — abgesehen von allen andern Angelegenheiten, in die der Arzt auf Grund mangelnder oder fehlender Buchführung geraten kann, — einen Arzt, der vor dem Zivilgericht mit einer klägerischen Forderung seinem Schuldner gegenübertritt, und der, nach den Grundlagen seiner Forderung gefragt, nicht in der Lage ist, über sie genaue Auskunft auf Grund seiner Bücher zu geben! Es liegt aber auch sonst im allereigensten Interesse des Arztes, sich jederzeit über seine Einnahmen unterrichten zu können, wie er das ja doch auch über seine Ausgaben muß tun können. Auch steuerpolitische Erwägungen spielen da für den Einzelnen eine sehr große Rolle.

Weiter aber soll der Arzt bedenken, daß jederzeit das Ansuchen um Zeugnisse, Gutachten, Beurteilungen aller Art über seine Kranken an ihn herantreten kann. Gerade die Versicherungsmedizin hat dazu außerordentlich viel beigetragen. Wenige kurze Sätze oder gar Worte genügen, ihm die Krankheitslage in bestimmter Zeit wieder vor Augen zu führen. Der Kassenarzt kommt besonders oft in solche Verlegenheit. Bleibt er länger an einem Ort und an einer Kasse tätig, so wird er oft dieselben Personen wieder zu behandeln haben oder Verwandte von früheren Kranken beraten: ein kurzer Blick in sein Krankenbuch zeigt ihm mehr über die Vorgeschichte seiner Kranken, als sie selbst ihm in langer Auseinandersetzung mitteilen können.

Wie nun der Kassenarzt sich seine Buchführung einrichtet, muß der örtlich verschiedenen Übung oder der Einsicht des einzelnen überlassen bleiben. Die Hauptsache ist, daß er der Krankenkasse Rechenschaft über seine Tätigkeit und seine Forderungen ablegen kann. Bei manchen Krankenkassen wird der Kranke dadurch kontrolliert, daß er, ehe er nach Hause geht, oder seine Angehörigen, der Kassenverwaltung von der stattgehabten Inanspruchnahme des Arztes Mitteilung machen müssen. Das vom Arzt erhaltene Rezept wird in den Apotheken meist erst nach besonderer Abstempelung seitens der Krankenkasse frei verabfolgt, auch darin liegt eine teilweise Kontrolle des Arztes. Die Rezepte wurden übrigens in einzelnen Ortskrankenkassen größeren Stils auf ihre rationelle Verschreibungsart hin von einem angestellten Apotheker durchgesehen. Das scheint neuerdings wieder mehr abgekommen zu sein, vielleicht, weil es nicht mehr so nötig ist.

Den in seiner Sprechstunde beratenen Kranken wird der Arzt nun veranlassen, sich entweder ruhig in seiner Wohnung zu halten, und wird ihn dort nach angemessener und erforderlicher Frist besuchen und eventuell neue Verhaltensmaßregeln geben oder er wird ihn wieder in seine Sprechstunde bestellen. Damit nun die Krankenkasse — wohl auch der Arbeitgeber — über die Krankheit des betreffenden Mitgliedes unterrichtet wird, hat der Arzt einen sog. Krankenschein auszufüllen. Auf diesem ist neben Namen, Beschäftigung, Arbeitgeber, die Krankheit, das Anfangsdatum derselben und die eingetretene Arbeitsunfähigkeit zu bescheinigen. Es befindet sich außerdem noch eine Tabelle auf dem Krankenschein, in der 26 — eventuell mehr — einzelne Abteile jedes Mal die Bescheinigung für je eine Woche Arbeitsunfähigkeit aufnehmen können. Erst auf Grund der ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit kann nach Ablauf je einer Woche das Krankengeld abgehoben werden. In Ausnahmefällen wird, zumal wenn es sich um ihrer Natur nach länger dauernde Krankheiten handelt, auch wohl ein größerer Vorschuß gewährt. Auch die Notwendigkeit der Aufnahme ins Krankenhaus kann der Arzt auf diesen Krankenscheinen bestätigen. Dabei ist zu beachten, daß es sich dringend empfiehlt, sich in allen Fällen der Zustimmung seines Kranken, bzw. dessen Angehörigen zu vergewissern. Sollte diese Zustimmung versagt werden, der Arzt aber die Krankenhausbehandlung für notwendig erachten, so muß er beides der Krankenkasse mitteilen. Sonst würden ihm Schwierigkeiten erwachsen, falls es sich nicht etwa um gemeingefährliche Kranke handelt, für deren Überführung staatliche oder gemeindliche Hilfe in Anspruch genommen werden kann (Bezirksarzt oder Polizei).

Die Krankenkasse ist also durch den Krankenschein über den jeweiligen Zustand ihres kranken Mitgliedes unterrichtet; sie bedarf aber, um gedeihlich wirken zu können, noch weiterer Kontrolle des Kranken, die dem Arzt nicht zugemutet werden kann. Wohl wird oft eine gegenseitige Rücksprache zwischen Arzt und Kassenvorstand über einzelne Kranke notwendig sein; je besser die Beziehungen zwischen beiden Faktoren der Krankenfürsorge sind, um so günstiger sind die Erfolge der Krankenfürsorge für die Kranken. Deshalb schon ist es mit großer Freude zu begrüßen, wenn sich an manchen Orten gebildete und sozial hochstehende Männer an die Spitze der dortigen Krankenkassen — als Ehrenämter — gestellt haben, die von selbst das Bedürfnis haben, mit den Ärzten der ihnen anvertrauten Kranken in einem des ärztlichen Berufes würdigen Vertrauensverhältnis zu stehen. Die eigentliche Kontrolle der Kranken in ihren Wohnungen wird durch besonders angestellte Beamte der Kranken-

kassen versehen. Diese haben sich entweder beim Arzt oder bei der Kassenverwaltung nach den getroffenen Anordnungen, die übrigens auch auf den Krankenscheinen vermerkt werden können, zu erkundigen und sich durch Besuche in den Wohnungen der Kranken davon zu überzeugen, daß sie innegehalten werden. Insbesondere bezieht sich diese Kontrolle auf die Anordnung der Bettruhe, sowie bestimmte Ausgehstunden, Verbot der Arbeit und des Wirtshausbesuchs. Die Tätigkeit dieser Kontrolleure ist vor allem in den großen Städten von außerordentlicher Wichtigkeit, weil die Kasse sich nur durch sie über ihre zahlreichen Kranken auf dem Laufenden halten kann und weil außerdem der vielfach gemachte Versuch der Simulation von Arbeitsunfähigkeit so am ehesten entdeckt werden kann.

Nach Ablauf einer Krankheit wird auf dem beschriebenen Krankenschein vom Arzt der Kassenverwaltung die Genesung mitgeteilt, ebenso wenn etwa im Verlauf der Krankheit die Arbeitsunfähigkeit aufhört und nur noch Schonungsbedürftigkeit besteht oder wenn der Tod des Kranken eintritt. Wir haben bereits in der vorigen Vorlesung gesehen, daß in allen diesen Fällen auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes die Krankenkasse gewisse Verpflichtungen einzuhalten hat.

Nehmen wir nunmehr ein anderes praktisches Beispiel. Der Kassenarzt wird zu einem Kranken gerufen, bei dem er eine plötzlich auf-flackernde Phthise, die schon seit längerer Zeit bei dem Betreffenden konstatiert war, aber wenig Beschwerden gemacht hat, vorfindet. Er wird auch hier seine Ordination in allerster Linie mit Rücksicht auf die beste ärztliche Versorgung des Kranken treffen, zweitens aber die Ordination möglichst wohlfeil gestalten. Prophylaktische Maßnahmen zum Schutze der Angehörigen, Anschaffung der bekannten blauen Spuck-flaschen, Vernichtung des Auswurfes, Desinfektion der gebrauchten Gegenstände läßt sich in den meisten Fällen mit Hilfe der Krankenkassen durchführen, wenn diese Vorschriften auch bei den Angehörigen der Mühewaltung halber meist auf Widerstand stoßen. Solange aber keine gesetzlichen Vorschriften über die Desinfektion und sonstige Maßnahmen bei der Tuberkulose existieren, wird man sich höchstens in ganz ekla-tanten Fällen der Hilfe des staatlich angestellten Arztes vergewissern können. In einigen ganz großen Städten sind allerdings kürzlich Für-sorgestellen für Tuberkulose eingerichtet worden, mit deren Hilfe sich dergleichen Maßnahmen leichter — eventuell auch kostenlos — durch-führen lassen als bisher. Kommt bei unserem Kranken der fort-schreitende Prozeß zum Stillstand und kommt die Behandlung in einer

Lungenheilstätte in betracht, so sind die meisten Krankenkassen aus Mangel an Mitteln nicht in der Lage, die Ausgabe zu bestreiten. Hier setzt, prophylaktisch gewissermaßen, wie wir später sehen werden, die Invalidenversicherung ein, indem sie unter Inanspruchnahme des gesetzlichen Krankengeldes ihrerseits bereits vor Ablauf des ersten halben Krankheitsjahres die Fürsorge für den Lungenkranken übernimmt. Ebenso tritt sie in Gemeinschaft mit der Krankenversicherung ein, wenn es sich bei anderen chronischen Leiden darum handelt, durch einen kostspieligen Aufenthalt etwa in einem Bade oder in einem Genesungsheim den Kranken wieder erwerbsfähig zu machen. Mit Vollendung der 26. Krankheitswoche aber — das ist sehr wesentlich, m. H.! — hört die gesetzliche Mindestverpflichtung zur Fürsorge, und damit jegliches gesetzliche Interesse der Krankenkasse an dem Kranken auf. Nur, wenn er mehr oder weniger wieder hergestellt, ein neues Arbeitsverhältnis beginnt, tritt er nach früherer oder späterer Zeit wieder in den Kreis der Krankenversicherung ein und erwirbt also neue Rechte an dieselbe. An sich liegt es natürlich im Interesse der Krankenkassen, möglichst nur gesunde Menschen zu versichern, kranke aber abzuweisen; doch ist die einzige Auswahl, die das Gesetz zuläßt, darin gelegen, daß der Betreffende drei Tage lang arbeitsfähig gewesen ist, ob er dabei vollkommen gesund war oder nicht, kommt gar nicht in betracht. Das Recht auf Krankenfürsorge hat er damit bei der zuständigen Kasse erworben.

Manche große Krankenkassen haben von der Erlaubnis des Gesetzes Gebrauch gemacht, sich eigene Krankenhäuser oder auch eigene Genesungsheime, besonders in den großen Städten zu erbauen. Die letzteren haben besonders den Zweck, die Krankenhäuser zu entlasten und neben einfach Erholungsbedürftigen oder auch leicht chronisch Kranken, wie z. B. Chlorotischen, und den Rekonvaleszenten von schwereren Krankheiten, die nicht mehr täglicher ärztlicher Aufsicht bedürfen, gute Ernährung, Reinlichkeit des Körpers und der Umgebung und andere hygienische Vorteile zu bieten. Die Kosten stellen sich dabei erfahrungsgemäß billiger, als wenn solche Kranke in öffentlichen Krankenhäusern weiter verpflegt würden.

Selbstverständlich muß in Fällen wie der oben angenommene, wo der Arzt zum Kranken gerufen wird, der Kassenverwaltung am richtigsten ebenfalls mittels des Krankenscheins, Nachricht darüber zugehen. In manchen Fällen wird der Arzt in seinem Vertrage verpflichtet, den betreffenden Besuch innerhalb bestimmter Zeit nach der Meldung auszu-

führen, oder, wenn er dazu nicht in der Lage ist, den Meldenden an einen anderen Arzt zu weisen. Auch bezüglich der Nachtbesuche sind meist besondere Vorschriften getroffen; häufig heißt es, daß der Arzt nur in dringlichen Fällen nachts Kranke besuchen solle. Eine Weigerung, einen Kranken zu besuchen, ist natürlich ausgeschlossen, wenn der Betreffende der Krankenkasse angehört und solange der Vertrag des Arztes mit der Krankenkasse besteht. Der Kassenarzt steht hier seiner Klientel anders gegenüber wie ein Nicht-Kassenarzt der seinigen, der bekanntlich einen erbetenen Besuch ablehnen kann. Eine sehr wichtige Frage ist es lange gewesen, wie sich der praktische Arzt, der nicht mit der Kasse in einem Vertragsverhältnis steht, verhalten sollte, wenn er plötzlich und dringlich zu einem erkrankten Kassenmitglied gerufen wird. Die Kassenverwaltungen können sich bei ihrer Weigerung, für derartige Besuche zu zahlen, auf einen bestimmten Paragraphen des Krankenversicherungsgesetzes berufen. Am besten erledigen sich derartige Angelegenheiten erfahrungsgemäß so, daß der gerufene Arzt sofort nach seiner Hilfeleistung der Krankenkasse Mitteilung macht und sich nach ihrer Zahlungsbereitschaft erkundigt, und zwar kann er zum wenigsten die Mindestsätze der ärztlichen Gebührenordnung des betreffenden Bundesstaates in Anrechnung bringen. Für den Fall der Zahlungsverweigerung muß der Kranke und die Kassenverwaltung von der Aufgabe der Behandlung unterrichtet werden. Der erstere ist an einen Kollegen, der Kassenarzt ist, zu verweisen.

Sie werden aus dem Vorhergehenden, m. H.!, ersehen haben, und werden zum Teil aus den Berichten der Tageszeitungen bereits darüber unterrichtet sein, daß eine ganze Reihe von Bestimmungen und Gepflogenheiten Anlaß zu verschiedenen Auffassungen seitens der Ärzte und der Krankenkassen, vor allem der Kassenvorstände, geben kann und gegeben hat. Derartige Streitigkeiten liegen ja bekanntlich in Menge hinter uns. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die Verminderung derselben in letzter Zeit in erster Reihe auf den machtvollen Zusammenschluß fast aller Ärzte Deutschlands zu dem sogenannten Leipziger wirtschaftlichen Verband, oder wie er vollständiger hieß: Leipziger Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen zurückzuführen ist. Jetzt führt er den offiziellen Namen: Wirtschaftliche Abteilung des deutschen Ärztevereinsbundes. Unter dem Druck dieser Organisation sind Schwierigkeiten verschwunden, Mißstimmungen beseitigt und Streitigkeiten erledigt worden, die früher das gemeinsame Arbeiten der beiden gleichberechtigten Faktoren der Krankenversicherung, Arzt und Kranken-

kasse, erheblich erschwerten. Es darf indessen nicht verschwiegen werden, daß sich auch unabhängig von diesem ausgeübten Druck, die Anschauungen vieler Krankenkassenleiter über die Berechtigung ärztlicher Wünsche und Forderungen erheblich zu unseren Gunsten geändert haben. Damit zugleich ist die Einsicht gewachsen, daß nur bei gemeinsamer Arbeit die Interessen der Kranken, die an erster Stelle stehen, am besten gewahrt bleiben, daß sie aber leiden müssen unter dem Streit, ob und wie die Interessen des ärztlichen Standes von den Krankenkassen berücksichtigt werden. Beide Teile müssen sich dahin einigen und haben es auch teilweise schon getan, daß sie doch nur als Mittel zum Zweck ihre Tätigkeit in den Dienst der Allgemeinheit stellen, daß freilich darunter nicht der Grundsatz leiden darf, daß jede Arbeit ihres billigen Lohnes wert sei. Zu Gunsten des gemeinsamen Zieles und im Sinne gleichmäßiger Arbeit ist es allerdings notwendig, daß das einzelne Individuum gewisse Opfer bringt; bei dieser Anschauung kann die Stellung als Krankenkassenarzt, zumal wenn seine Tätigkeit sich auf dem Boden der freien Arztwahl abspielt, nicht mehr als eine inferiore ärztliche Tätigkeit aufgefaßt werden, wie es vielfach bisher und nicht immer ganz mit Unrecht der Fall gewesen ist. Die Freudeigkeit der Arbeit wird dadurch sicher steigen.

Ein höchst wichtiges Kapitel in den Beziehungen der Krankenkassen zu den Ärzten ist das von der Bezahlung der ärztlichen Leistungen und wir können, wenn wir uns mit der praktischen Versicherungsmedizin beschäftigen wollen, nicht umhin, uns auch mit diesem heiklen Thema in Kürze abzugeben. Hier haben folgende Grundsätze zu gelten: Die Leistung, die verrichtet wird, soll im Interesse des Kranken die bestmögliche sein; aber die geleistete Arbeit soll ihrem Werte nach bezahlt werden. Es ist grundfalsch, die Krankenversicherung als ein Wohltätigkeitsunternehmen aufzufassen, auf Grund welcher Anschauung die Ärzte ausgebeutet werden können. Sie ist vielmehr eine soziale Einrichtung, deren Einnahmen sich der gesetzlichen Bestimmung gemäß nach ihren Ausgaben zu richten haben. Es liegt deshalb dem Sinne des Gesetzes durchaus nicht fern, wenn der Arzt seine Bezahlung rein kaufmännisch berechnet und verlangt, d. h. für die beste von ihm geleistete Arbeit gute oder bestmögliche Bezahlung erwartet. Denn selbstverständlich muß er darauf Rücksicht nehmen, daß auch die Einnahmen der Krankenkassen gesetzlich nach oben hin beschränkt sind, ihre Mittel also in den meisten Fällen nur beschränkt sein können. Dementsprechend wird er nicht erwarten, daß ihm seine Tätigkeit so vergütet wird, wie er es von wohlhabenden Privatleuten verlangen kann. Es darf aber

andererseits die Forderung gestellt werden, daß kleine Krankenkassen, deren Mittel nicht ausreichen, berechnete ärztliche Forderungen zu bestreiten, gesetzlich zu dem Schritt gezwungen werden, der ihnen und dem ärztlichen Stande aus solchen unerquicklichen Verhältnissen heraushilft, nämlich, zu der Vereinigung mehrerer solcher Krankenkassen zu einer großen. Vielfache Erfahrung hat gezeigt, daß allemal nur die kleinen Kassen oder solche, die sich einer schlechten finanziellen Verwaltung erfreuten, sich in unbeabsichtigten Zahlungsschwierigkeiten den Ärzten gegenüber befanden. Die großen, namentlich die Ortskrankenkassen der großen Städte, aber auch die Fabrikkrankenkassen großer industrieller Unternehmungen sind meist so ausgezeichnet fundiert, daß sie nicht nur die vom Gesetz erlaubten besonderen Leistungen bis zum Höchstmaße eingeführt haben, sondern auch noch erheblich über den pflichtmäßigen Reservefonds hinausgehende Kapitalien haben ansammeln können. Diese Erscheinung ist sicher von großem Werte für die zukünftige Gestaltung der Krankenversicherung. Es ist eine auch auf den anderen Gebieten des Versicherungswesens bestätigte tägliche Erfahrung, daß je größer die Anzahl der Versicherten, desto geringer das Risiko des Einzelnen oder der Gesellschaft ist. Von diesem Standpunkte aus wäre es am vorteilhaftesten, wenn man alle die 15 Millionen der deutschen gegen Krankheit versicherten Arbeiter und deren Angehörige in einer Krankenkasse unterbringen könnte. Doch ist der Gedanke wegen der technischen Schwierigkeiten der Verwaltung und weil das Reichsamt des Innern anscheinend die zweifellos sozial wichtige Selbstverwaltung der Krankenversicherungsträger nicht bestreiten lassen will, unausführbar. Immerhin dürfte eine finanzielle Zentralisierung etwa in der Art staatsseitig eingerichteter Bankinstitute auf dem Wege der weiteren Verbesserung der Krankenversicherung gelegen sein.

Die Art der Bezahlung der ärztlichen Leistungen ist heute noch außerordentlich verschieden. Man kann wohl, wenn man alles gleichartige zusammenfaßt, fünf einzelne Systeme unterscheiden.

Zunächst kommt die Vergütung nach den Minimalsätzen der staatlichen Gebührenordnungen in einzelnen, allerdings sehr wenigen Fällen in Betracht. Es wird dabei jede Leistung notiert, berechnet und zu gewissen Zeiten ausbezahlt; ein Besuch im Hause des Kranken anders wie eine Konsultation im Hause des Arztes, eine Operation oder eine andere ärztlicherseits ausgeführte Maßnahme je nach ihrer Dauer, ihrer Größe, ihrer Inanspruchnahme von Material verschieden. Nur wenige Krankenkassen sind bisher in der Lage, annähernd nach

der staatlichen Minimaltaxe zu bezahlen. Zu ihnen gehören vorwiegend einige Ortskrankenkassen in sehr volkreichen und wohlhabenden Gegenden und einzelne Betriebskrankenkassen von Industrien, die sich dauernd in Hochkonjunktur befinden. Sonst ist die Bezahlung nach der staatlichen Minimaltaxe nur in Kraft getreten bei Zwistigkeiten zwischen Ärzten und Krankenkassen, von denen ja auch heute noch nur allzu häufig die Tages- und Fachzeitungen berichten. Das Gesetz legt den Kassen die Verpflichtung auf, für genügende ärztliche Hilfe zu sorgen. Hatten die Kassen Verträge mit Ärzten ablaufen lassen, ohne sich Aus-
hilfe verschaffen zu können, was heute bei der straffen und behenden Organisation des Leipziger wirtschaftlichen Verbandes recht schwer geworden ist, so sorgt die Aufsichtsbehörde für ärztliche Hilfe und konnte sie — abgesehen von dem moralischen bindenden Notfall — nur gegen die staatlich anerkannte Minimaltaxe aus dem Kassenvermögen erhalten. Die Krankenkassenverwaltungen haben diese Schwierigkeit für sie wohl erkannt und zwei Gegenvorschläge gemacht. Einmal soll nach ihrem Wunsche den Ärzten absolut und überall die Verpflichtung auferlegt werden, jedem Ruf zu einem Kranken zu folgen, was unter heutigen Verhältnissen eine äußerst ungünstige Wirkung auf den ärztlichen Stand im allgemeinen ausüben würde; zweitens schlagen sie vor, daß den Krankenkassen nur die Verpflichtung auferlegt werden soll, ihren Mitgliedern ein bestimmtes Krankengeld auszuzahlen, von dem letztere alsdann persönlich den Arzt, die Apotheke und das Krankenhaus zu zahlen hätten. Es ist leicht einzusehen, daß unter einer solchen Bestimmung die sozialen Absichten des Gesetzes leiden müßten, denn mancher Versicherte würde, wenn man ihm selbst die Verwendung des Krankengeldes überließe, es sicher nicht für den Arzt usw., überhaupt nicht für die beste Art, von seiner Krankheit zu genesen, anwenden, sondern für ganz andere Zwecke ausgeben. Der nationalökonomische Sinn der Krankenversicherung würde damit einfach fortfallen. Die Krankenkassen würden bei einer solchen Einrichtung gar nicht mehr in der Lage sein, irgend welche besondere Lasten für ihre Versicherten zu tragen. Wie z. B. würde sich die finanzielle Seite einer Einweisung in eine Lungenheilstätte verhalten, wenn etwa die Versicherungsanstalt für Invalidenversicherung die eine Hälfte, die andere der Kranke selbst — aus seinem Krankengeld, zu tragen hätte? Es würde zu unhaltbaren Zuständen führen und die Krankenversicherung illusorisch machen. Denn auf die Mithilfe der Ärzte, und zwar auf die organisierte Unterstützung derselben als Ärzte der Krankenkassen, wird sich die soziale Gesetzgebung, wenn

sie im Sinne der Kaiserlichen Botschaft bleiben will, stets stützen müssen. Sie hat sich — abgesehen von den Fällen, wo eine allzukrasse Ausbeutung die Ärzte abstieß — auch ausgezeichnet bewährt und man kann wohl sagen, die deutsche Sozialpolitik verdankt ihre Erfolge zum großen Teil mit der unermüdlichen und anspruchslosen Mitarbeit der deutschen Ärzte.

Es ist oft der Gedanke ausgesprochen worden, daß der Staat dem Arzt, von dem er eine Approbation und langjähriges Studium verlangt, auch eine gewisse Garantie für die Bezahlung seiner Leistungen durch die staatliche Minimalgebührenordnung verschaffen müsse, daß also z. B. die Krankenkassen gesetzlich zur Zahlung der in diesen vorgesehenen Summen für die Einzelleistung verpflichtet werden müßten. Das ist aber unmöglich. Denn zurzeit sind die Einnahmen eines ganz außerordentlich großen Teiles der deutschen Krankenkassen wegen Mangel an Mitgliedern, wegen Kleinheit ihres Verdienstes und wegen ihrer geringen Beiträge nicht so hoch, daß sie solche Ausgaben bestreiten könnten. Es muß auch bezweifelt werden, ob eine Zentralisation des Krankenversicherungswesens im Sinne größerer Verwaltungsverbände die finanzielle Leistungsfähigkeit so erheblich, wie das hierzu notwendig wäre, steigern könnte. Immerhin würde eine genaue Berechnung auf Grund der dem Reichsamt des Innern vorliegenden Daten möglich sein und wäre im Interesse einer Verständigung erwünscht.

Eine andere Art der Bezahlung der Leistungen des Kassenarztes bildet die Überweisung eines Gesamtpauschales an den oder die Kassenärzte. Selbstverständlich kann dieses nur auf Grund der Mitgliederzahl der Krankenkasse und des durchschnittlichen Krankenbestandes des betreffenden Ortes und der letztvergangenen Jahre festgesetzt werden. Bei dieser Art wird der Arzt am leichtesten benachteiligt.

Nicht viel anders liegt die Sache, wenn für jedes versicherte Mitglied der Krankenkasse, einerlei ob es sich um Zwangsversicherte (Arbeiter, Angestellte) oder um Angehörige derselben handelt, eine bestimmte Geldsumme an den Arzt bezahlt oder unter die Kassenärzte verteilt wird, ganz einerlei, ob in dem betreffenden Jahre viel oder wenig Krankheiten zur Behandlung gekommen sind (Einzelpauschale). Bei dieser Bezahlungsart sind die allerabweichendsten Einzelsummen angesetzt worden; sie gehen von 3 bis zu 15 und mehr Mk. pro Jahr und Mitglied.

Gerechter schon ist eine Vertretung der Bezahlung für den Arzt, wenn jede Krankheit als eine Einheit (oder bon) gerechnet wird, wenn alle diese Einzelheiten im Laufe des Jahres zusammengezählt und durch

ihre Anzahl die zur Verfügung stehende, respektive vom Krankenkassenvorstand und von der Generalversammlung ausgesetzte Summe geteilt wird. Sie wird nach dem Verhältnis der eingelieferten Bons an die beteiligten, tätig gewesenenen Ärzte ausbezahlt. Hier liegt die Schwierigkeit und Ungerechtigkeit in der verschiedenen langen Dauer der Krankheiten. Wenn eine *angina follicularis* zu behandeln ebenso bezahlt werden soll wie ein *Typhus abdominalis*, so ist die Gefahr der ungenügenden ärztlichen Versorgung bei langdauernden Krankheiten zu gewärtigen. Auch sonst bietet das Bonsystem Nachteile, indem es in seiner einfachen Form schwierigere ärztliche Hilfeleistungen nicht anerkennt und nicht entsprechend bewertet.

Nicht viel anders, prinzipiell wenigstens, steht es um das sogenannte Pointsystem. Hier wird jede ärztliche Tätigkeit, ein Besuch, eine Konsultation, eine Massage, Elektrisation, oder was es sonst immer sein mag, gleich einer Einheit gesetzt und im übrigen genau so verfahren wie bei dem Bonsystem. Am Ende des Rechnungsjahres wird der Wert des einzelnen Points von der Krankenkasse bestimmt. Hier ist die Schwierigkeit und Ungerechtigkeit der gleichen Behandlung von kurz- und langdauernden Krankheiten behoben, aber es bleibt bestehen die Unmöglichkeit, auch die einzelnen ärztlichen Hilfeleistungen in ihrem Werte gegen einander abzustufen. Man hat vielfach den verständigen Versuch gemacht, die einzelnen Leistungen durch die Bezeichnung mit einem oder mehreren Points von einander zu unterscheiden, z. B. wenn eine Beratung im Hause des Arztes gleich ein Point gesetzt ist, so entspricht ein Besuch im Hause des Kranken vielleicht zwei, eine Massage drei, die Leitung einer Geburt vielleicht 10 oder 15, eine Operation je nach der Größe 5—50 Points.

Aber sowohl das Bon- wie das Pointsystem leiden zumeist darunter, daß die Krankenkassen geneigt sind, oder es doch wenigstens vielfach waren, nach Erledigung ihrer Verwaltungskosten, Gehälter für Beamte usw. sowie der Bezahlung des Krankengeldes und der Apothekerrechnungen eine möglichst große Summe dem Reservefonds zuzuführen, sodaß die zur Verteilung auf die Summe der Bons oder Points kommende Betrag möglichst gering angesetzt wurde. An den Arztkosten ist bisher am liebsten und am meisten gespart worden.

Das kompliziertere Pointsystem, wie wir es eben kennen gelernt haben, würde am ehesten der Forderung der deutschen Ärzteschaft nach Bezahlung der Einzelleistung entsprechen, wenn ein gewisser minimaler Betrag für den Wert des Points pflichtgemäß zu zahlen wäre. Selbst-

verständlich müßte bei der Festsetzung desselben die durchaus verschiedene finanzielle Lage der einzelnen Krankenkassen berücksichtigt werden; es kann auch keinem Zweifel unterliegen, daß die Ärzte im Interesse eines gedeihlichen Zusammenwirkens mit den Krankenkassen auf diese Verhältnisse Rücksicht nehmen würden. Werden diese Forderungen von der Standesorganisation der deutschen Ärzte in den nächsten Jahren, ebenso wie die nach der freien Arztwahl entsprechend energisch vertreten, so wird die Reichsregierung nicht umhin können, bei der geplanten Neuordnung der Krankenversicherung diese Wünsche zu berücksichtigen und ihnen gerecht zu werden.

Wir haben, m. H.!, bei der Krankenversicherung wenig Gelegenheit gehabt, allgemeine sozialpolitische und volkswirtschaftliche Gedanken zu besprechen. Wir haben wohl gesehen, daß die Wünsche der kaiserlichen Botschaft, die Zeit der Krankheit möge dem Arbeiter aufhören eine Zeit der Not und Sorge zu sein, in Erfüllung gegangen sind. Wir haben aber auch gesehen, daß die Dezentralisation und die ausgesprochene Selbstverwaltung und Selbständigkeit der Krankenkassen neben Vorteilen finanzielle und soziale Schäden mit sich gebracht hat. Wir müssen noch hinzufügen, daß, wie schon angedeutet, die Krankenkassen vielfach der Organisation einer politischen Partei zugänglich gewesen sind und die Machtentfaltung derselben, die sich nicht zu den staats-erhaltenden rechnet, auf das erheblichste befördert hat. Es ist hier nicht der Ort, näher auf die hieraus folgenden Gefahren einzugehen. Immerhin wird Ihnen klar geworden sein, daß auch abgesehen von dem Verhältnis der Krankenkassen zu ihren Ärzten das Krankenversicherungswesen noch weiter verbesserungsfähig ist.

Vielleicht wird es in späterer Zeit gelingen, die in den Archiven der Krankenkassen aufgehäuften Daten über Krankheit und Gesundheit der Mitglieder der allgemeinen hygienischen Statistik zugänglich zu machen. Aus ihnen wird man wahrscheinlich auch wichtige Erkenntnisse über die Morbidität und Mortalität von einzelnen Bevölkerungsklassen und Berufen ziehen können, über die wir bisher sehr wenig unterrichtet sind; denn diese Materialien liegen heute noch völlig brach, während die zentralisierteren Organisationen der Invaliditäts-, der Unfall- und Lebensversicherung bereits wichtige Beiträge zur demographischen Statistik geliefert haben.

Fünfte Vorlesung.

Alters- und Invalidenversicherung.

Gegenstand der Versicherung. Definition von Invalidität. Beiträge zur Versicherung. Teilnehmer derselben. Lohnklassen. Quittungskarten. Höhe der Rente. Tabelle. Rückerstattung der Beiträge. Organisation der Invalidenversicherung. Rentenstellen. Reichsversicherungsamt. Schiedsgerichte. Zahlenangaben über die Leistungen der Invalidenversicherung. Gemeinlast, Sonderlast. Prophylaktisches Interesse. Übernahme des Heilverfahrens. Angehörigen-Unterstützung. Eigene Anstalten: Lungenheilstätten, Genesungsheime. Invalidenheime. Unpfändbarkeit der Rente. Antragsverfahren um Alters- und Invalidenversicherung. Berufungsverfahren.

Literatur:

1. Gesetz über Alters- und Invalidenversicherung. Reclams Bibliothek. Leipzig 1900.
2. Freund, Wegweiser durch das Invalidenversicherungsgesetz. Berlin 1899.
3. Handbuch der sozialen Medizin. Fischer, Jena.
4. Elle, Invalidenversicherungsgesetz mit Erläuterungen. Weimar. Böhlau. 1904.

M. H.! Wir haben bei der Besprechung der Krankenversicherung gesehen, daß die Fürsorge der Krankenkassen pflichtgemäß nicht über die 26. Woche ($\frac{1}{2}$ Jahr) hinausreicht. Ist nach dieser Zeit ein Kranker noch nicht genesen, so würde er wie früher der öffentlichen Wohltätigkeit im Bedürfnisfalle zur Last fallen. Handelt es sich um eine akute oder wenigstens heilbare Krankheit, so wäre das schließlich kein allzu-großer Schade; bei chronischen und dauernd sich verschlimmernden Krankheiten aber würde der Betroffene eine allmählich immer schwerer werdende Last für Familie, Gemeinde und Staat werden. Das läßt sich leicht in Werten ausdrücken. Denn einmal müssen für den chronisch Kranken die Ausgaben gerechnet werden, die seine Erhaltung, seine Pflege und ärztliche Behandlung notwendig machen; weiter aber fällt die von ihm geleistete Arbeit, damit also sein Beitrag zum Wachstum des Nationalvermögens, fort. Der materielle Verlust, den jeder chronisch

Kranke bedeutet, ist somit sehr erheblich! Um sich vor diesen stetig wachsenden Ausgaben zu schützen, hat das Reich die Invaliditätsversicherung der arbeitenden Klassen ins Leben gerufen. Es handelt sich dabei darum, daß jeder sich gegen die infolge chronischer Krankheit auftretende Erwerbsunfähigkeit, d. h. Invalidität, versichert. Mit dieser Versicherung ist zugleich verbunden worden die Altersversicherung, die gewisse Beziehungen zu der ersteren hat, andererseits aber auch wieder mit der abgekürzten Lebensversicherung, besonders wenn es sich um eine private Rentenversicherung handelt, verglichen werden kann. Das Invalidenversicherungsgesetz ist in seiner letzten Novelle vom 13. Juni 1899 datiert, nachdem schon vorher eine erste Bearbeitung vorangegangen war.

Der Gegenstand der Invaliditäts- und Altersversicherung ist, juristisch gesprochen, ein Ersatz für den Verlust der Erwerbsunfähigkeit und ein Schutz gegen die Notstände, die aus Alter und chronischer Krankheit hervorgehen. Das Recht auf diesen Ersatz wird erworben durch den Nachweis einer bestimmten Dauer der Zugehörigkeit zur Versicherung und durch den weiteren Nachweis einer in bestimmtem Grade herabgeminderten Erwerbsfähigkeit. Bei der Altersversorgung fällt der letzte Punkt fort; an seine Stelle tritt der Nachweis des durch Personalpapiere leicht zu erweisenden Ablaufs des 70. Lebensjahres.

Als Invalide soll nach den Bestimmungen des Gesetzes angesehen werden, wer nicht mehr in der Lage ist, durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit, die ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufes zugemutet werden kann, $\frac{1}{3}$ desjenigen zu verdienen, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art, mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend, durch Arbeit zu verdienen pflegen. Wir sehen aus dieser Definition, daß die durch Krankheit erzeugte Invalidität im Sinne des besprochenen Gesetzes ein ziemlich komplizierter Begriff ist. Oft hört man ihn ersetzt durch die Bezeichnung der Minderung der Erwerbsfähigkeit unter $\frac{1}{3}$, doch kommen, wie sich aus dem Vorhergehenden leicht ergibt, noch eine Reihe von besonderen Voraussetzungen in Betracht. Deshalb werden wir sehen, daß die Abschätzung der eingetretenen Invalidität nicht allein Aufgabe des Arztes, sondern auch bestimmter Verwaltungsbehörden sein muß.

Selbstverständlich kann das Recht auf einen Anspruch wie immer, so auch hier, nur durch Leistungen erworben werden. Diese Leistungen bestehen in Beiträgen der Versicherten. Von vornherein ist der Kreis

der an der Invalidenversicherung beteiligten Personen mit Absicht erheblich weiter gezogen worden, als der zur Krankenversicherung gehörigen. Die Invaliditäts- und Altersversicherung sollte womöglich alle Angestellten, alle Arbeitnehmer einerlei welchen Berufs, und ferner auch die kleinen Arbeitgeber umfassen. Es sind daher alle abhängig tätigen Lohnarbeiter, ganz gleichgültig welchen Berufs, sobald ihr Einkommen einen Gesamtlohn von 2000 Mk. jährlich nicht überschreitet, zwangsweise an dieser Versicherung beteiligt. Berechtigt aber, freiwillig an ihr teilzunehmen, sind alle Angestellten, deren Lohn bis zu 3000 Mk. beträgt und auch diejenigen selbständigen Gewerbetreibenden, die nicht mehr als einen Arbeiter beschäftigen. Außerdem ist allen zwangsweise oder freiwillig Versicherten die Berechtigung zuerkannt, die Versicherung auf eigene Kosten und freiwillig fortzusetzen, auch wenn sie aus einer versicherungspflichtigen oder -möglichen Stellung in eine besserbezahlte übergetreten sind.

Um aber die Versicherung gegen Invalidität und Alter noch mehr zu erleichtern, bestimmt das Gesetz, daß die Ableistung der militärischen Dienstzeit, Krieg und Erkrankung des Versicherten auch ohne Zahlung der Beiträge als berechtigende Angehörigkeit zur Invalidenversicherung angesehen werden soll. Außerdem aber dürfen alle alten Einrichtungen, die bisher ähnliches wie eine Vergütung der Invalidität erstrebten, weiter bestehen: so hatten z. B. die Knappschaften, bei denen, wie wir sahen, soziale und genossenschaftliche Einrichtungen überhaupt schon früh getroffen waren, Pensionskassen errichtet. Das Gleiche war bei vielen großen industriellen Unternehmungen zu Gunsten der Arbeiter geschehen.

Die Beiträge zur Invaliden- und Altersversicherung sind für die zwangsmäßig Versicherten zu gleichen Teilen auf Arbeitgeber und Arbeitnehmer gelegt. Zu diesem Zwecke sind die Arbeiter nach den sogenannten Lohnklassen eingeteilt. Die erste Lohnklasse umfaßt alle Arbeiter mit einem Jahresarbeitsverdienst bis zu 350 Mk., die zweite bis 550, die dritte bis 850, die vierte bis 1150, die fünfte bis 2000 Mark. Die Angehörigen der ersten Klasse zahlen pro Woche 7, die der zweiten 10, die der dritten 12, der vierten 15, der fünften 18 Pfg. Beitrag für die Arbeitswoche. Von ihrem eigenen Verdienst haben sie die Hälfte dieses Betrages zu bestreiten, die andere Hälfte zahlt der Arbeitgeber. Auch hier wieder ist aus verwaltungstechnischen Gründen die Einrichtung so getroffen, daß der Arbeitgeber für die richtige Zahlung der Beiträge verantwortlich gemacht wird und daß er die Pflicht hat, die Beitrags-hälfte des Versicherten ihm auf seinen Lohn anzurechnen.

Die Beiträge werden so erstattet, daß jährlich für jeden Arbeitnehmer eine Quittungskarte ausgestellt wird, auf die für jeden geleisteten Beitrag pro Arbeitswoche eine entwertete Quittungsmarke aufgeklebt wird. Diese Beitragsmarken können von bestimmten Stellen her gegen Zahlung bezogen werden. Einer zweimaligen Benutzung derselben Quittungsmarke wird vorgebeugt durch ihre durch Abstempelung vorgenommene Entwertung. Die Kontrolle der Beitragsleistung ist bei der zentralisierteren Organisation der Invalidenversicherung nur durch Mittels-einrichtungen auszuüben. Wir werden später die Einrichtung derselben noch genauer kennen lernen.

Je nach der Zugehörigkeit zu einer der erstgenannten Lohnklassen ist die Höhe der im Berechtigungsfall ausgezahlten Rente verschieden. Die Altersrente beträgt in den Lohnklassen 1—5, 60, 90, 120, 150 und 180 Mk. im Jahre. Die Invalidenrente dagegen ist etwas verwickelter in ihrem Gesamtbetrag zusammengesetzt. Nämlich zunächst gibt zu jeder Invalidenrente das Reich, d. h. also die Gesamtheit der deutschen Steuerzahler, im Jahre 50 Mk. Dazu kommt von der Invalidenversicherung je nach der Lohnklasse 1—5 ein Beitrag von 60, 70, 80, 90 und 100 Mk. im Jahre. Außerdem aber wird für jede Beitragswoche, also in Berücksichtigung der Dauer der Angehörigkeit zur Invalidenversicherung, ein jährlicher Beitrag von 3, 6, 8, 10 und 12 Pfg. zur Rente gegeben. Die Berechnung der Rentenzusammensetzung ist somit nicht einfach. Um Ihnen die Möglichkeit zu geben, sich je nach der Beitragsdauer über die mögliche Höhe der Invalidenrente zu unterrichten, setze ich eine leichtverständliche Tabelle hierher.

nach Beitragsjahren	in Lohnklasse				
	I	II	III	IV	V
5	117,80	135,60	150,80	166,00	181,20
10	125,60	151,20	171,60	192,00	212,40
20	141,20	182,40	213,20	244,00	274,80
30	156,80	213,60	284,80	296,00	337,20
40	172,40	244,80	296,40	348,00	399,60
50	188,00	276,00	338,00	400,00	462,00

Mk. Jahresrente.

Wir ersehen aus derselben, daß die niedrigste Invalidenrente in der ersten Lohnklasse bei 5 Beitragsjahren jährlich nicht ganz 117 Mk. beträgt, während sie in der höchsten Lohnklasse bei 50 Beitragsjahren 462 Mk. erreicht; dazwischen gibt es eine sehr weit verschiebbliche Abstufung.

die in der obigen Tabelle noch nicht einmal im einzelnen durchgeführt worden ist.

Bevor wir uns mit der Organisation der Invaliden- und Altersversicherung und mit der Art der Erwerbung der Rente näher beschäftigen, muß noch darauf hingewiesen werden, daß die Beiträge unter gewissen Umständen wenigstens zur Hälfte zurückerstattet werden, nämlich bei der Verheiratung weiblicher Versicherter und bei dem Eintritt dauernder Erwerbsunfähigkeit durch einen Unfall, wobei aber zu bemerken ist, daß damit alle Ansprüche an die Invalidenversicherung verloren gehen.

Die Höhe der gezahlten Renten ist nicht sehr erheblich, und es ist vielfach vorgeschlagen worden, unter Erhöhung der Beiträge dafür zu sorgen, daß eine Rente im Durchschnitt den Unterhaltsansprüchen eines erwachsenen Menschen genüge. Doch ist dabei zu bedenken, daß die Rente schon gewährt wird bei Verlust von $\frac{2}{3}$ der Arbeitsfähigkeit, sowie, daß eine weitere Steigerung der Beiträge für die soziale Versicherung zur Zeit auf einen sehr bedeutenden Widerstand bei den Parlamentsvertretern der versicherten Klassen und bei diesen selbst stoßen würde.

Die Organisation der Invalidenversicherung ist nicht nach Berufen, sondern nach Territorien eingerichtet. Im ganzen bestehen zur Zeit 31 Versicherungsanstalten im Deutschen Reiche. In Preußen sind einige Provinzen groß und bevölkert genug, um je eine Versicherungsanstalt zu bilden, ebenso die Stadt Berlin. Andere preußische Provinzen sind mit ganzen oder Teilen anderer deutscher Bundesstaaten zu einer gemeinsamen Versicherungsanstalt verbunden. Bayern hat acht Versicherungsanstalten; größere deutsche Bundesstaaten, z. B. Sachsen, Württemberg haben eine eigene Versicherungsanstalt, kleinere haben sich zur Errichtung einer solchen zusammengeschlossen, z. B. die thüringischen Staaten für sich, mit Ausnahme der preußischen Landesteile, zu einer Versicherungsanstalt Thüringen.

Die Versicherungsanstalten haben zum Gegensatz zu den Krankenkassen behördlichen Charakter; er ist wenigstens dem Vorstand derselben gesetzlich beigelegt. Der Vorstand besteht aus Beamten, unter denen der Vorsitzende eine bedeutsame Rolle spielt, aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber. Neben demselben kommt der Ausschuß der Versicherungsanstalten bei der Leitung der Verwaltungsgeschäfte in Betracht.

Die Versicherungsanstalten umfassen, wie aus ihrer territorialen Umgrenzung hervorgeht, ganz andere Volksmengen, wie etwa die Krankenkassen. Im Gebiet jeder Versicherungsanstalt wohnen etwa

2—3000000 Menschen, von denen wir ein Drittel bis eine Hälfte als invalidenversicherungspflichtig annehmen dürfen. Daraus geht ohne weiteres hervor, daß der technische Apparat der Verwaltung ein ganz anderer, viel ausgebreiteterer sein muß, als bei den kleinen Krankenkassen. Wir finden deshalb auch bei den Versicherungsanstalten einen viel größeren bürokratischen Aufwand und eine viel zahlreichere Beamten-schaft, die sich in den Bureaudienst und in die Finanzverwaltung, bei manchen Versicherungsanstalten noch in die statistische Abteilung, gliedern. Als für uns Ärzte wichtige Einrichtung ist noch der Vertrauensarzt der Anstalten zu erwähnen, der wenigstens teilweise Beamtenqualität genießt.

Die Versicherungsanstalten sind nun, weil sie zu groß sind, nicht in der Lage, mit den Versicherten direkt zu verkehren. Sie können weder die Beiträge direkt erheben, noch die Renten (Alters- und Invalidenrenten) dem Empfänger direkt aushändigen. Es waren deshalb vom Gesetz sogenannte Rentenstellen vorgesehen und eingerichtet worden, die aber heute zum Teil schon wieder verschwunden sind. Es hat sich nämlich herausgestellt, daß ihre Aufgaben ausgezeichnet und ebenso billig, wenn nicht noch wohlfeiler, von den Reichspostanstalten und von den Krankenkassen erfüllt werden können. Deshalb werden die Renten durch die Postanstalten ausbezahlt, die Beiträge vielfach durch die Betriebs- oder Ortskrankenkassen eingezogen, die für regelmäßige und entsprechende Beklebung der Quittungskarten sorgen. Dafür war früher der Arbeitgeber verantwortlich gemacht worden, so z. B. die Herrschaft bei den Dienstboten. Durch die zahlreichen Mißhelligkeiten, die unpünktliche Einklebung von Marken zur Folge hatte, wurden die Sympathien der Invalidenversicherung im großen Publikum nicht vermehrt. Man sprach wenig erfreut von dem „Klebe-gesetz“. Diese Schwierigkeiten sind durch die Übernahme der Rentenstellentätigkeit durch Krankenkassen und Postanstalten überwunden. Dafür wird den genannten Stellen eine ganz geringe Vergütung gewährt, während die ursprünglichen Rentenstellen erheblichere Kosten verursacht haben. Ebenso wie dieser früheren Einrichtung muß natürlich auch den neueren ein gewisser Betriebsfonds von der Versicherungsanstalt vorgeschossen werden.

Die Kontrolle über die Versicherungsanstalten wird von dem Reichsversicherungsamte in Berlin ausgeübt. Dieses prüft und entlastet die Verwaltung, sorgt für eine zweckmäßige Verwendung der gesammelten statistischen Angaben einer jeden Versicherungsanstalt und stellt außerdem in seinen verschiedenen Senaten, zusammengesetzt aus ehrenamtlich berufenen Vertretern der Versicherten und Arbeitgeber, die unter der

Leitung eines juristischen Beamten des Reichsversicherungsamtes beraten, die höchste Instanz für alle Entscheidungen in Versicherungsfragen dar: und zwar sowohl für verwaltungstechnische Streitigkeiten wie für Berufungen der Versicherten gegen Entscheidungen der früheren Instanzen bezüglich der Gewährung, Vermehrung, Verminderung oder Entziehung von Renten, sowie bezüglich der Leistungen der Versicherungsträger überhaupt.

Zwischen dem Reichsversicherungsamt und den Versicherungsanstalten steht als zweite Berufungsinstanz das Schiedsgericht für Arbeiterversicherung, wie solche in allen größeren Städten neuerdings eingerichtet worden sind. Auch sie werden zusammengesetzt aus ehrenamtlich entsandten Vertretern von Arbeitgebern und -nehmern. Während man früher besondere Schiedsgerichte für Invalidenversicherung und andere für die später zu besprechende Unfallversicherung eingerichtet hatte, beziehen sie sich heute auf beide Versicherungsarten gemeinsam, nachdem man die Erfahrung gemacht hatte, daß auf diese Weise eine erhebliche Ersparnis erzielt werden könnte. Das Berufungsverfahren vor diesen beiden Instanzen ist nämlich außerordentlich kostspielig, weil nicht nur die zahlreichen Tagegelder der Mitglieder der betreffenden Instanzen bezahlt werden müssen, sondern auch von vornherein der Grundsatz aufgestellt und dauernd festgehalten worden ist, daß das Berufungsverfahren für den sein Recht suchenden Arbeitnehmer vollkommen kostenlos sein müsse.

Im Jahre 1899 waren 12 Millionen Menschen bei den Versicherungsanstalten versichert, es wurden fast 200 000 Altersrenten und über 335 000 Invalidenrenten ausbezahlt. Der Jahresbetrag der ersteren erreichte die Summe von 15, der der Invalidenrenten die von 23 Millionen. Das von den 31 Versicherungsanstalten damals angehäuften Vermögen wurde auf 900—1000 Millionen Mk. geschätzt, und hat seitdem die erste Milliarde bereits ganz bedeutend überschritten. Diese bedeutenden Summen, die ja einen nicht unbeträchtlichen Teil des deutschen Nationalvermögens darstellen, bedürfen einer kaufmännisch und finanziell geschulten Verwaltung. Die Beziehungen der Versicherungsanstalten zu andern großen Geldinstituten sind daraus abzuleiten.

Wir haben gesehen, daß die Beiträge zur Alters- und Invalidenversicherung nicht wie bei den Krankenkassen zwischen gesetzlich festgelegtem Maximum und Minimum schwanken, sondern daß sie für die einzelnen Lohnklassen ein für allemal festgelegt sind. Die Einnahmen der Versicherungsanstalten können also nicht aus den notwendig werden-

den Ausgaben berechnet und eingefordert werden, sondern sie bleiben einigermassen gleich und können nicht nach den Erfordernissen des Ausgabenetats abgeändert werden. Deshalb sind sie von vornherein so hoch bemessen worden, daß voraussichtlich ein gewisser Überschuß dauernd erzielt wird. Dieser jährliche Überschuß ist aber naturgemäß in den einzelnen Versicherungsanstalten verschieden hoch: er muß z. B. im volkreichen Berlin oder im industrie-reichen Westen Deutschlands, wo die Löhne durchschnittlich höher sind, ein größerer sein, als in dem vorwiegend landwirtschaftlich tätigen Osten des Reichs. Manche Versicherungsanstalten haben so Gelegenheit gehabt, ganz unverhältnismäßig große Vermögen anzusammeln. Neuerdings hat man, um diesem Unterschiede zu steuern und eine gleichmäßigere Verteilung der Reservemittel anzustreben, die „Gemeinlast“ der Versicherungsanstalten getrennt von ihrer „Sonderlast“, d. h. sie müssen einen bestimmten Teil ihres Überflusses einer gemeinsamen Kasse zur Verfügung stellen, die eine gleichmäßige Verteilung der Gesamtsumme vornimmt. Erst was darüber hinausgeht, kann als Sondereigentum zu besonderen Zwecken der betreffenden Versicherungsanstalt Verwendung finden.

Selbstverständlich hat das Gesetz Vorschriften über die Verwaltung und Anlage dieser Kapitalien getroffen. Sie können zinstragend angelegt werden, aber nur in Papieren, die in den deutschen Staaten als „mündelsicher“ anerkannt worden sind. Auf diese Weise befindet sich ein großer Teil der Staatspapiere, landschaftlichen und städtischen Anleihen im festen Besitz der Versicherungsanstalten, und die dauernd zunehmende Größe ihrer Vermögen leistet derartigen Papieren auch fernerhin Gewähr für eine gute Aufnahme in diesen Händen. Mit besonderer Genehmigung des Reichsversicherungsamtes, als der Aufsicht führenden Behörde, können die Kapitalien der Versicherungsanstalt auch zu Versicherungszwecken selbst verwendet werden. Als solche kommen in Betracht: Die Errichtung von öffentlichen, allgemeinen oder speziellen Krankenhäusern, von Heil- und Heimstätten für bestimmte Kranke, von Genesungs- und Invalidenheimen; und zwar nicht nur, wenn die Versicherungsanstalt selbst die Unternehmerin und Besitzerin dieser Einrichtungen ist und bleibt, sondern auch in Form von Darlehen an Städte, andere kommunale Verbände, oder an Wohltätigkeitsvereine, die von den obengenannten Einrichtungen eine oder mehrere mit Hilfe der Versicherungsanstalten erbauen wollen. Über die hypothekarische Form der Beleihung, über die Grenze, bis zu der sie gehen darf, hat im einzelnen

Fall das Reichsversicherungsamt nach bestimmten Vorschriften zu entscheiden. Neuerdings ist auch des öfteren eine bejahende Erlaubnis erteilt worden, wenn es sich darum handelte, Städte bei Einrichtungen allgemein hygienischer Natur, so z. B. Einrichtung von Wasserleitung, Kanalisation, besonders gesundheitsfördernde Bauweise, Anlegung von Badeanstalten, Spielplätzen usw. durch Darlehen zu unterstützen.

Denn die Versicherungsanstalten haben ein außerordentlich großes Interesse an der allgemeinen und speziellen Prophylaxe von Krankheiten. Sie stehen damit in striktem Gegensatz zu den Krankenkassen, denen prophylaktische Interessen vom Gesetz direkt untersagt wurden.

Um die Invalidität im einzelnen Fall zu verhüten, um also die Zuerkennung einer Invalidenrente zu vermeiden, kann die Versicherungsanstalt das Recht in Anspruch nehmen, auf ihre Kosten eine ihr passend scheinende ärztliche Behandlung einzuleiten und zwar eventuell von der 26. Woche nach dem Krankheitsbeginn.

Sie sehen, m. H.! hier wird die Brücke geschlagen zwischen der Kranken- und Invalidenversicherung. Ist ein Arbeiter, der Mitglied einer Gemeindekrankenkasse ist, länger als 26 Wochen durch Krankheit gänzlich erwerbsunfähig, so erhält er entweder sogleich Invalidenrente oder die Versicherungsanstalt übernimmt das weitere Heilverfahren auf ihre Kosten, wenn sie nach ihren Unterlagen annehmen zu können glaubt, daß durch dasselbe die Erwerbsfähigkeit wieder über 33% gesteigert wird. Bei anderen Krankenkassen, die länger als 26 Wochen Krankengeld zahlen, teilt sich von diesem Zeitpunkt ab die Versicherungsanstalt mit ihnen in die Kosten des weiteren übernommenen Heilverfahrens. Auch wenn die Erwerbsfähigkeit nur wenig gesunken ist, wenn aber die Gefahr besteht, daß sie allmählich weitersinken wird und andererseits eine Wahrscheinlichkeit vorhanden ist, daß durch ärztliche Behandlung der Eintritt der Erwerbsunfähigkeit ausgeschlossen oder auch nur für einige Zeit aufgeschoben wird, so hat die Versicherungsanstalt ebenfalls das Recht, ein Heilverfahren ihrerseits einzuleiten. Dieses Recht ist ihr ausdrücklich im Gesetz in verschiedenen Paragraphen zuerkannt. Die Berechtigung, ihre Kranken heilen zu lassen, schließt jedoch nicht diejenige mit ein, sie zu bestimmten Eingriffen zu zwingen. Wohl kann unter Androhung des Verlustes oder der Nichtzuerkennung der Invalidenrente die Behandlung durch den Arzt und die Aufnahme in ein Krankenhaus erzwungen werden; ihnen angeratenen chirurgischen Eingriffen aber, auch nur der allgemeinen Narkose (Chloroform, Äther, Morphinum) gegenüber, steht den Kranken das Recht der Weigerung zu. Während

der Heilbehandlung, die durch die Versicherungsanstalt angeordnet ist, muß sie den Angehörigen des Kranken eine bestimmte Unterstützung auszahlen und zwar in der Höhe der Hälfte des vorher bezogenen Krankengeldes.

Die Übernahme des Heilverfahrens seitens der Versicherungsanstalten kann nun in ganz verschiedener Art und Weise geschehen. Bei länger dauernden Krankheiten kann der vorher behandelnde Arzt von der Versicherungsanstalt veranlaßt werden, die ärztliche Fürsorge bis zur Genesung des Kranken fortzusetzen. In anderen etwa irgendwie komplizierter liegenden Fällen, oder in solchen, bei denen eine besondere Behandlungsweise, die im Hause des Kranken oder mit den Apparaten des praktischen Arztes nicht auszuführen ist, kann die Einweisung in ein allgemeines Krankenhaus, in eine öffentliche Universitätsklinik oder auch in eine spezielle private oder öffentliche Heilanstalt veranlaßt werden. Es gehört heutzutage nicht zu den Seltenheiten, daß der zuerst behandelnde Arzt schon zu einer Zeit, wo allein die Krankenkasse fürsorgepflichtig ist, eine derartige besondere Behandlung für notwendig erachtet; ist unter solchen Umständen die Krankenkasse nicht in der Lage, die Kosten dafür aufzubringen, so kann auf Antrag und auf besonderen Beschluß die Versicherungsanstalt schon vor Ablauf der ersten 26 Wochen mit zu den Kosten des Heilverfahrens beitragen.

Wir haben aber schon vorher gesehen, daß die großen angesammelten Kapitalien der Versicherungsanstalt ihnen erlauben, auch selbst derartige Anstalten zu errichten. Und das ist in ausgedehntem Maße von ihnen geschehen. Zunächst haben sie sich an dem Kampf gegen die „weiße Pest“, die Lungentuberkulose beteiligt. Ausgehend von dem Satze, daß die im Entstehen begriffene Schwindsucht durch entsprechende Maßregeln auch in dem Klima geheilt werden könne, in dem sie erworben ist, waren die ersten deutschen Lungenheilstätten in verschiedenen Gegenden des Reichs entstanden. Diese privaten Sanatorien waren und sind für die Klasse der Versicherten viel zu teuer. Da es sich aber herausgestellt hatte, daß eine Anzahl der dort Behandelten für Jahre und auch wohl Jahrzehnte hinaus wieder einigermassen, oder auch ganz arbeitsfähig wurden, trat an die Versicherungsanstalten die Frage heran, ob sie nicht versuchen sollten, die Zahlung der immer zahlreicher werdenden Renten wegen Erkrankung an Lungenschwindsucht zu vermeiden, respektive hinauszuschieben, dadurch, daß sie für ihre Versicherten Lungenheilstätten schufen, die unter Vermeidung des teuren und hier unnötigen Komforts, unter strenger Berücksichtigung aller ärztlichen Forder-

ungen und unter billiger Berücksichtigung der Lebensgewohnheiten der Arbeiter gleiche Erfolge zeitigen konnten, wie die teuren privaten Lungsanatorien. Die hieraus folgende Schaffung der eigentlichen Lungenheilstätten ist eine für die ganze Welt vorbildliche Tat, und ein soziales Verdienst ersten Ranges der deutschen Versicherungsanstalten geworden. Die zahlreichen derartigen Heilstätten — im Gebiete fast jeder Versicherungsanstalt zwei, eine für Männer und eine für Frauen — haben nicht nur eine große Anzahl von Lungenkranken wieder vollkommen gesund gemacht, bei einer weit größeren Anzahl den Eintritt der Invalidität um viele Jahre hinausgeschoben, somit also sparend gewirkt, sondern sie haben auch, durch die hygienische Belehrung, über die Gefahren der Unreinlichkeit und der Ansteckung, sowie über das richtige, gesundheitsgemäße Verhalten der wirklich Lungenkranken, eine ganz bedeutende Hebung des allgemeinen hygienischen Niveaus in der Arbeiterbevölkerung Deutschlands bewirkt, haben die Möglichkeit der Weiterverbreitung der Krankheit erheblich eingeschränkt und die jetzt schon bemerkbare Abnahme der Tuberkulosefälle im Deutschen Reiche mit verursacht. Sie werden zweifellos auch weiter in dieser Richtung mit bedeutendem Erfolge wirksam sein. Allen andern Nationen, nicht nur Europas, sind die Lungenheilstätten unserer Versicherungsanstalten, überhaupt die Volksheilstätten für Lungentuberkulose, vorbildlich geworden. Auf keiner der großen internationalen Vereinigungen, die sich mit der Behandlung der Tuberkulose beschäftigen, darf alljährlich der Bericht über die Erfolge dieser Heilstätten fehlen. In richtiger Würdigung ihrer Wichtigkeit hat das Reichsversicherungsamt neuerdings Nachuntersuchungen der früher in diesen Heilstätten Behandelten angeordnet, deren Ergebnis wir Ärzte mit lebhaftem Interesse, wir deutschen Ärzte im besonderen aber auch mit der wohlberechtigten Erwartung eines günstigen Erfolges entgegensehen können. Über 10000 Lungenkranke können von den Versicherungsanstalten in eigenen Heilstätten jährlich behandelt werden: daß die Auswahl der Kranken nach bestimmten für die Versicherungsanstalt günstigen Grundsätzen geschieht, d. h. daß nur solche Kranke dort aufgenommen werden, deren Zustand eine wahrscheinliche anhaltende Besserung erwarten läßt, geht aus dem Prinzip der Übernahme des Heilverfahrens ohne Weiteres hervor, hat aber vielfach böses Blut gemacht. Wir werden diesen Punkt noch genauer bei der Besprechung der Tätigkeit des Arztes bei den Versicherungsanstalten zu erörtern haben.

Leider sind die Arbeiter trotz der sonst bei ihnen so weit ver-

breiteten Kenntnis der gesetzlichen Bestimmungen, wo es ihren Vorteil gilt, darüber, wie überhaupt über die sozialen und allgemeinen Ziele der Versicherungsanstalten noch häufig nicht im klaren. Es ist dringend zu wünschen, daß die Arbeiterorganisationen auf die Belehrung nach dieser Richtung Rücksicht nehmen. So wird der Sinn des Gesetzes oft mißverstanden und zu reichsfeindlichen Tendenzen ausgenutzt. Irgend welche „barmherzigen“ Gründe kommen für die Übernahme des Heilverfahrens für die Versicherungsanstalten nicht in Betracht, sondern allein die Aussicht, weniger Renten auszahlen zu müssen. Ist die Anstalt auf Grund ihrer Unterlagen davon überzeugt, daß eine solche Aussicht auf Besserung nicht besteht, und wird nachgewiesen, daß die Invalidität besteht, so wird sie nicht zögern, die Rente auszus zahlen. Die Übernahme des Heilverfahrens ist dementsprechend nicht etwa, wie vielfach die Anschauung in den Kreisen der Versicherten herrscht, eine aus irgend welchen Gründen gewährte Belohnung oder Auszeichnung, sondern sie entspringt dem Wunsch der Anstalten, ihre Verpflichtungen möglichst zu verkleinern, oder vielmehr das Entstehen von solchen zu verhüten. In diesem Sinne wäre eine Aufklärung der Arbeiter sehr erwünscht.

Viele Versicherungsanstalten haben nun außer den Tuberkuloseheilstätten noch andere krankenhausähnliche Einrichtungen getroffen. In letzter Zeit sind insbesondere die schon bei den Vorträgen über die Krankenversicherung erwähnten Erholungs- oder Genesungsheime häufiger errichtet worden. Sie erfordern nicht allzuviel Aufwand an Mitteln und lassen sich leicht in Gebäulichkeiten unterbringen, die sonst nicht dem Ideal eines Krankenhauses entsprechen. Sie sind dazu bestimmt, wie ja der Name sagt, Leute aufzunehmen, denen eine eigentliche ärztliche Behandlung nicht mehr vonnöten ist, die vielmehr sich nur erholen sollen und dabei nur gelegentlich von einem Arzt kontrolliert werden müssen. Solche Heime sind, da Arztkosten und die komplizierten Erfordernisse eines Krankenhauses wegfallen, von vornherein sehr viel wohlfeiler zu unterhalten. Es kommt hinzu, daß man sie in Gegenden errichten kann, wo die Lebensmittelpreise noch nicht die städtische Höhe erreicht haben, wo die Lohnforderungen des Personals nicht allzu hoch sind, und daß man den Pfleglingen, da sie ja nicht schwer krank sind, gewisse Tätigkeiten ohne weitere Voraussetzung zumuten kann, solche vor allen Dingen, die sich auf die Pflege des Körpers und der nächsten Umgebung desselben beziehen, Dinge, die in einem Krankenhause eine Menge von Pflege erfordern, und dementsprechend den Betrieb ver-

teuern. Die Leitung hat im wesentlichen nur darin Vorsorge zu treffen, daß die Pfleglinge gute Nahrung erhalten, daß sie sich viel in freier Luft aufhalten und daß ihr Verhalten dem Kurzweck nicht widerspricht. Das läßt sich durch eine erfahrene Pflegeperson ganz gut ausführen, so, daß man etwa für 30—40 Pfleglinge eine Pflegerin zu rechnen hat. Wenn außerdem der Arzt vielleicht ein- oder zweimal die Woche sich nach dem Befinden der Leute umsieht, so ist für sie genug geschehen.

Natürlich kommt es auf die Auswahl der Kranken an. Eigentliche Kranke sollen niemals in solche Anstalten geschickt werden, denn sie erschweren den Betrieb ganz außerordentlich. Für sie eignen sich vorwiegend Leute mit Beschwerden, die sich aus Überarbeitung oder aus durchgemachten Krankheiten erklären, sowie solche, die sich erholen sollen. Da die Verpflegungskosten, wie bereits hervorgehoben, erheblich geringer sein müssen wie in einem Krankenhause, so empfiehlt es sich für die Versicherungsanstalten, Kranke, die längere Zeit in einem Krankenhause auf ihre Veranlassung zugebracht haben und deren Zustand eine solche Verlegung erlaubt, in die Genesungsheime zu verbringen.

Häufig haben die Versicherungsanstalten Güter oder Bauernhöfe, die für geringes Geld zu haben waren, in solche Anstalten umgeändert. Der landwirtschaftliche Betrieb bleibt in solchen Fällen meist bestehen, er sorgt ebenfalls für eine billige Ernährung und gibt auch Gelegenheit, die Pfleglinge zu beschäftigen.

Die Einrichtung dieser Genesungsheime ist noch lange nicht genügend unter den Ärzten bekannt. Sie verdiente viel mehr ausgenutzt zu werden. Man sollte meinen, daß derartige Einrichtungen von Anfang an so überfüllt seien, daß für gewöhnlich nicht über freie Plätze verfügt werden könnte. Doch haben sich verschiedene Versicherungsanstalten veranlaßt gesehen, regelmäßig den Ärzten ihres Bezirkes Karten zuzustellen, auf denen sie nur in dem Vordruck den Namen der Person, die sie für eine solche Behandlung vorschlagen möchten, zu notieren brauchen; alles andere wird von der Anstalt geordnet. Andererseits haben manche Versicherungsanstalten sich doch auch schon veranlaßt gesehen, die Verpflegungszeit vom ersten Frühjahr an bis weit in den Frühwinter hinein auszudehnen, und es ist kein Grund einzusehen, weshalb bei Vorsorge für genügende Erwärmung der Wohnräume und für genügende Bekleidung im Freien nicht auch den ganzen Winter über die Genesungsheime geöffnet sein könnten.

Damit sind die freiwilligen Leistungen der Versicherungsanstalten erschöpft, wenigstens die, die heute bestehen. Theoretisch genommen

können sie ja, wie wir gehört haben, noch eine ganze Reihe anderer prophylaktischer, hygienischer Maßnahmen treffen. Sie sind auch schon oft erwogen worden. Man hat z. B. von der Errichtung besonderer Krankenhäuser, auch für andere häufigere Krankheiten gesprochen; man hat vorgeschlagen, daß sie ihre prophylaktische Tätigkeit auch auf die Kinderjahre ausdehnen möchten, daß sie z. B. sich an der Errichtung der Seehospize für Kinder sich beteiligen möchten. Dem ist aber entgegenzuhalten, daß die Mittel der Versicherungsanstalten keineswegs so unbegrenzt sind, wie das bei dem ersten Anblick scheinen mag. Sie bestehen noch nicht lange genug, um schon die wahrscheinliche Maximalzahl der demaleinst zu zahlenden Renten ermessen zu können. Nur das eine steht fest, daß sich die Zahl derselben mit den Jahren noch ganz erheblich vermehren wird, daß auch, wie ja ohne weiteres aus der auf Seite 71 angeführten Tabelle hervorgeht, mit der längeren Dauer der Versicherung die Höhe der Renten wachsen muß. Die Zahl der Beitragsjahre kann ja jetzt noch garnicht über 18 hinausgehen, da erst 1889 das Alters- und Invalidenversicherungsgesetz geschaffen wurde. Außerdem handelt es sich bei den Kindern nicht um versicherte, sondern nur um später eventuell zu versichernde Personen, und es ist zunächst juristisch zu untersuchen, ob überhaupt eine Fürsorge für diese zulässig ist. Vielleicht könnte man der Überlegung Raum geben, daß in vielen Fällen durch die Behandlung eines skrofulösen Kindes der Ausbruch einer Tuberkulose nur verzögert und dadurch der Versicherungsanstalt sicher daraus nur ein geringer Vorteil erwachsen könne, wie das ja doch die Triebfeder ihrer prophylaktischen Maßnahmen sein soll. Wohl dagegen können die Versicherungsanstalten, wie wir das ja schon erfahren haben, sich durch Hergabe der Kapitalien gegen eine mäßige Verzinsung — meist zu $3\frac{1}{2}\%$, oft auch zu 3% — unter der Voraussetzung der Genehmigung seitens des Reichsversicherungsamtes, an der Errichtung solcher Anstalten mittelbar beteiligen. Und das geschieht auch häufig.

An dieser Stelle können wir uns auch am besten mit einer anderen Einrichtung der Versicherungsanstalten beschäftigen, die, von der Thüringischen Anstalt ausgehend, viel Aufsehen und Nachahmung gefunden hat. Das sind die sog. Invalidenheime. Die Leute, die Invalidenrente erhalten, sind in vielen Fällen nicht ganz arbeitsunfähig, im günstigsten Falle nur zu zwei Drittel, vielleicht auch gar nicht die ganze Zeit des Jahres. Sie richten sich meist so ein, daß sie sich in eine fremde Familie einmieten, derselben ihre Rente als Kostgeld überlassen, und was ihnen an Arbeitskraft geblieben ist, zum Nutzen der Familie

verwenden. Wenn es sich um die Familie der Kinder handelt, so haben wir eine erneuerte Form der uralten Einrichtung des „Altenteils“ vor uns, wo die Verhältnisse oft nicht viel anders waren. Wird die Arbeit dieser Invalidenrentner organisiert, so ist sie zweifellos besser zu verwerten, als wenn sie einzeln ausgenutzt wird, wie bei den Pensionsfamilien, die eben erwähnt wurden. Die Verwertung derselben haben sich die Versicherungsanstalten zu nutze gemacht. Sie haben solche Rentner als landwirtschaftliche Arbeiter bei leichter Beschäftigung verhältnismäßig rasch unterbringen können, wieder indem landwirtschaftliche Betriebe billig angekauft wurden; man stellte Wohnungen für die Invaliden her, vereinfachte den Betrieb und richtete ihn so ein, daß er von den Leuten versehen werden konnte, d. h. es wurde im wesentlichen Kleinvieh- und Geflügelzucht neben Gemüseanzucht und andersartiger Gärtnerei betrieben, die eigentliche Landwirtschaft auf das notwendigste Maß beschränkt.

Die Invalidenrentner mußten gegen den freien Unterhalt ihre Renten und ihre ihnen noch verbliebene Arbeitskraft der Versicherungsanstalt überlassen. Die Stellen derartiger Einrichtungen sind sehr viel begehrt, so daß bisher meist den Gesuchen wegen Platzmangels nicht willfahren werden kann. Im wesentlichen sind es natürlich diejenigen, die keine Familie mehr haben, die sich hierher melden; viele schätzen auch ihre persönliche Freiheit zu hoch, um sich in solche abhängige Stellung zu begeben; noch andere, denen die Rente vielleicht nur einen Zuschuß zu eigenem Kapitaleertrag bedeutet, scheiden von vornherein aus. Immerhin wird sehr vielen Personen für den Rest ihres Lebens eine derartige Unterkunft und Versorgung nur erwünscht sein, wie sie das in anderen Bevölkerungsklassen ja auch ist. Man hat auch die Frage aufgeworfen, ob es nicht möglich sei, ohne eine Inanspruchnahme der noch verbliebenen Arbeitskraft nur gegen Überlassung der Rente die Invaliden in solchen Altenheimen zu versorgen, die alsdann in größerer Anzahl zu errichten wären: doch scheint die Berechnung zu Ungunsten dieses Planes ausgefallen zu sein, denn es ist in den letzten Jahren recht still davon geworden.

An und für sich ist die Invalidenrente ein unbestreitbares Eigentum des Empfängers, d. h. sie kann nach dem Wortlaut des Gesetzes nicht gepfändet werden, wenn es sich um die Befriedigung von Gläubigern handelt, doch kann sie Gemeinden und Armenverbänden überwiesen werden, wenn diese die Bestreitung von Kosten übernommen haben, die durch Krankheit und Altersschwäche entstanden sind. Häufig z. B. werden solche Kranke in ein öffentliches Krankenhaus geschickt, etwa durch den

Bezirksarzt oder direkt durch die Gemeinde, jedenfalls zunächst auf Kosten derselben oder des Armenverbandes des betr. Bundesstaates. Diese Stellen haben dann das Recht, sich als Ersatz ihrer aufgewendeten Mittel die Invalidenrente zuweisen zu lassen, die freilich meist nur einen kleinen Teil der Verpflegungskosten für die Person ausmacht, da die Rente nur für die Dauer des Krankenaufenthaltes, nicht etwa im Betrage der ganzen Summe der Kosten eingezogen werden darf. Doch steht diese Maßnahme im Belieben der Behörden und es kommt auch vor, daß den Erkrankten die Invalidenrente belassen wird; zumal in Städten, wo die öffentliche Fürsorge für solche Personen in großem Maßstabe organisiert ist, verzichtet die Kommunalverwaltung öfter darauf, indem sie von der Ansicht ausgeht, daß die Rente ganz Eigentum des Invaliden bleiben muß; die neu aufgetretene Krankheit, die die städtische Fürsorge notwendig gemacht hat, wird als etwas neues, eben etwas hinzugekommenes betrachtet. Im Interesse des Kranken ist dieser Verzicht nur mit Freude zu begrüßen.

Wir haben uns nun, um die Besprechung der technischen Seite der Invaliden- und Altersversicherung abzuschließen, noch mit der Frage zu beschäftigen, wie kommt der Versicherte zu seiner Rente, welche Schritte muß er unternehmen, wenn er sie erheben will. Diese Dinge, m. H.!, sind zwar reine Verwaltungsangelegenheit, aber für den Arzt doch von großer Wichtigkeit, weil er bei seinen Kranken oft Gelegenheit haben wird, darüber Auskunft zu geben, oder ihnen, die sie doch meist nicht darüber unterrichtet sind, auf den richtigen Weg zu helfen.

Bei der Altersrente ist die Sache verhältnismäßig einfach. Hier braucht der Rentenansprecher — eins von den vielen wenig schönen Worten, die das Versicherungswesen neu geprägt hat — zunächst nur nachzuweisen, daß er das 70. Lebensjahr vollendet hat. Das geschieht durch eine amtliche Bescheinigung über sein Lebensalter, am besten also durch einen Geburts- oder Taufschein, der zum Zwecke des Rentenanspruchs auf Verlangen von Standesamt oder Pfarramt unentgeltlich ausgestellt wird.

Außerdem muß die letzte, auf Verlangen auch die früheren Quittungskarten, die allemal für ein Kalenderjahr ausgestellt werden, vorgelegt werden. Aus ihr geht hervor, resp. aus ihnen wird berechnet, ob die beiden anderen Voraussetzungen der Rentenberechtigung vorhanden, nämlich die gesetzlich vorgeschriebene Wartezeit und die Leistung der entsprechenden Beiträge. Als Wartezeit werden bei Anspruch auf Altersrente mindestens 1200 Beitragswochen verlangt, d. h. wenn man wie

üblich des Kalenderjahr zu 47 Beitragswochen rechnet, etwa 25 Jahre Teilnahme und Tätigkeit in dem betr. Beruf, oder wenigstens in einer versicherungspflichtigen Beschäftigung. Von 71jährigen Versicherten sind da meist nicht mehr viel am Leben. Sollte sich das gesundheitliche Niveau unserer Bevölkerung nicht ganz erheblich verändern, so brauchten die Versicherungsanstalten nicht darauf zu rechnen, daß der Betrag für Altersrenten wesentlich steigen wird, wenigstens nicht in dem Maße, wie die Invalidenrenten schon gestiegen sind.

Der Arbeiter oder der Versicherte, der Altersrente zu haben wünscht, hat sich also mit seinem Antrag, mündlich oder schriftlich, an die untere Verwaltungsbehörde — Landrat, Bürgermeister —, an den Gemeindevorstand oder an den Vorstand der Krankenkasse, oder wo solche noch bestehen, an eine Rentenstelle zu wenden, und die beiden genannten Zeugnisse beizulegen. Sind sie in Ordnung, so wird die ihm zustehende Altersrente — bestehend aus dem Beiträge des Reichs und der Versicherungsanstalt — berechnet, nach oben hin auf 5 Pfg. abgerundet, und ihm in monatlichen Teilbeträgen durch die Post zugesandt, d. h. er kann sie sich gegen entsprechende Ausfüllung von Quittungen am 1. jedes Monats an dem Postamt seines Wohnortes, dessen eventuelle Veränderung er der Versicherungsanstalt natürlich anzeigen muß, abholen. Eine Aufhebung der Altersrente ist ihrer Natur nach nur möglich, falls die vorausgesetzten tatsächlichen Erhebungen — Alter, Wartezeit, Beiträge — sich als unrichtig herausstellen.

Das Verfahren bei der Invalidenrente ist etwas anders und verwickelter. Der Antrag wird vom Rentenansprecher ebenfalls persönlich gestellt, und zwar der gewöhnlichen Reihenfolge nach so, daß er sich damit an seine Gemeindebehörde direkt oder durch Vermittlung seiner Krankenkasse wendet. Erstere händigt ihm ein Formular ein, dessen Fragen er zu beantworten hat. Meist geschieht das so, daß ihm dieselben von der Gemeindebehörde vorgelegt werden, er sie mündlich beantwortet, in seiner Gegenwart niedergeschrieben, ihm vorgelesen werden und von ihm unterschrieben werden. Wendet er sich an eine andere Behörde oder an die Versicherungsanstalt direkt, so veranlaßt diese die zuständige Gemeindebehörde zur schriftlichen Ausstellung des formulierten Antrags. Die darin enthaltenen Fragen beziehen sich auf den Personalstand (Name, Wohnort, Geburtsort, Alter, Familienverhältnisse usw.), auf den Beruf, das letzte Arbeitsverhältnis, die Höhe des Wochenlohnes, die Zugehörigkeit zur Krankenversicherung und die Zahl der gleichzeitig miteingereichten oder die Nummer der letzten eingereichten Quittungs-

karte. Weiter wird vom Versicherten selbst Auskunft über seine Krankheit, seine Arbeitsfähigkeit, die von ihm zu versorgenden Angehörigen und der Name seines behandelnden Arztes verlangt. Endlich wird er gefragt, ob er damit einverstanden sei, daß dieser ihn auch auf den Grad seiner Erwerbsfähigkeit untersuche.

Die Gemeindebehörde beantwortet ihrerseits auch einige Fragen, z. T. die gleichen, die an den Antragsteller gerichtet sind, z. T. solche, die sich auf Nebenbeschäftigung, die Veranlassung der Krankheit durch einen Unfall und auf etwa gewährte Gemeindeunterstützungen beziehen. Dieser Antrag geht zunächst an die Versicherungsanstalt, die über den Sachverhalt zwei Gutachten einzieht, das eine von dem bisher behandelnden Arzt, das andere von der unteren Verwaltungsbehörde. Mit dem ärztlichen Gutachten haben wir uns eingehend in der nächsten Vorlesung zu beschäftigen, es mag hier zunächst genügen, darauf hinzuweisen, daß es keineswegs etwa, wie vielfach in Ärztekreisen die Meinung verbreitet ist, ein auf alle Fälle entscheidendes Urteil fällen kann, sondern daß, wie es auch in der Natur der Invalidenversicherung und in dem Begriff der Invalidität enthalten ist, es sich nur um ein Beweisstück im ganzen Verhandlungsgang handeln kann. Es ist nicht unbedingt bindend für die Versicherungsanstalt. Nach ihm folgt das Gutachten der unteren Verwaltungsbehörde (Gemeindevorstand in Städten mit mehr als 10000 Einwohnern, sonst Landrat in Preußen, in anderen Bundesstaaten gleichstehende Behörden), ebenfalls in formulierter Frageform gehalten. Das Arztgutachten hat der Behörde meist vorgelegen oder ist durch sie veranlaßt worden. Die Fragen an sie beziehen sich auf die Schätzung der Erwerbsfähigkeit, auf den Bezug von anderen Unterstützungen, auf Unterhaltungspflicht der Kranken gegenüber Angehörigen und auf Zustimmung oder Ablehnung des ärztlichen Gutachtens.

Die Versicherungsanstalt kann auf Grund der in den beiden Gutachten enthaltenen Angaben weitere Erhebungen über den Tatbestand anstellen, sie kann von den Arbeitgebern Lohnnachweise einfordern, andere Ärzte zur Untersuchung des Rentenanspruches veranlassen, insbesondere ihn zu solcher Untersuchung und Begutachtung in ein Krankenhaus einweisen, alles selbstverständlich auf ihre Kosten. Sie hat ferner der Verpflichtung nachzukommen, zu berechnen, ob die anderen Voraussetzungen — außer der etwa ärztlich festgestellten Invalidität — zum Bezug der Invalidenrente vorhanden sind, d. h. ob genügend Beiträge geleistet und ob die gesetzliche Wartezeit vergangen ist. Die letztere beträgt nach § 29 des Gesetzes bei mindestens 100 Beiträgen 200 Bei-

tragswochen, sonst aber 500 Beitragswochen, d. h. also wenn wir übungs- gemäß das Jahr zu 47 Beitragswochen rechnen, $4\frac{1}{2}$ respektiv 11 Jahre.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, die beiden eingeforderten Gutachten zustimmend ausgefallen, etwaige Bedenken durch Erkundigung über den Tatbestand erledigt, so soll die Versicherungsanstalt zur Berechnung des Rentenbetrages schreiten (s. S. 71), dieselbe sofort feststellen und, von dem Tage des Beginns der Invalidität, der vom behandelnden Arzt anzugeben ist, eventuell nachträglich noch, die Rente im voraus in monatlichen Raten durch das Ortspostamt auszahlen.

Genügen die beigebrachten Nachweise nicht den gesetzlich erforderlichen Bedingungen, hat z. B. der Versicherte nicht genügend lange Beiträge geleistet, fällt das oder eines der ärztlichen Gutachten so aus, daß an dem Bestehen der Invalidität gezweifelt werden kann, oder lehnt die untere Verwaltungsbehörde es ab, dem ärztlichen Gutachten zuzustimmen oder endlich, ergeben sich aus den anderweitig angestellten Erhebungen Tatsachen, z. B. aus den Lohnauszügen, aus Mitteilungen der Gemeindebehörde über verrichtete Arbeit, usw., die die Invalidität unwahrscheinlich machen, so muß die Versicherungsanstalt den Antrag ablehnen. Gegen den dem Antragsteller schriftlich zuzustellenden Bescheid kann dieser Berufung beim Schiedsgericht, also der zweiten Instanz einlegen, und zwar unter Beobachtung bestimmter Form und Frist, die ihm sogleich bei Ablehnung mitgeteilt werden muß, und unter Beifügung seiner sachlichen Gründe, sowie deren Belege, z. B. anderer ärztlicher Gutachten oder sonstiger Beweise seiner Invalidität. Das Schiedsgericht für Arbeiterversicherung — wie solche in allen größeren Städten jetzt bestehen — setzt sich zusammen aus den gewählten Vertretern der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer, die unter dem Vorsitz eines Richters oder eines hierzu besonders bestellten juristischen Verwaltungsbeamten beraten. Es fordert die Versicherungsanstalt zur Darlegung der Gründe auf, die zu dem ablehnenden Bescheid führten, und behandelt in einer besonders anberaumten Sitzung, zu der beide Parteien oder ihre Vertreter geladen sind, die Angelegenheit. Ist erneute ärztliche Begutachtung nötig, so kann ein Sachverständiger des Schiedsgerichts, der dauernd als solcher tätig ist, oder ein beliebig gewählter Arzt mit der sofort, während der Sitzung vorzunehmenden Untersuchung betraut werden, oder der Rentenansprecher wird auf Beschluß des Schiedsgerichts einem Krankenhaus oder einer Universitätsklinik zur Begutachtung zugewiesen. Das letztere Verfahren verursacht erheblichere Kosten, deshalb haben die Versicherungsanstalten in den letzten

Jahren in allen von vornherein zweifelhaften Fällen vorgezogen, gleich ihrerseits die Versicherten einer derartigen Anstalt zuzuweisen, deren Ärzte ihnen gegenüber durch Vertrag mit den ärztlichen Standesorganisationen an die Innehaltung gewisser Meistforderungen für die Begutachtung gebunden sind. Die Schiedsgerichte haben selbstverständlich ebenso wie über das ärztliche Gutachten, so auch über das der unteren Verwaltungsbehörde das Recht der Revision und Neufeststellung. Sie können Zeugen laden, vernehmen und vereidigen; dabei wird das Prinzip der Kostenfreiheit für den Arbeiter, der sein Recht sucht, vollständig aufrecht erhalten.

Gegen das Urteil des Schiedsgerichtes können beide Parteien, wieder unter beiden mitzuteilenden Frist- und Formbedingungen Berufung an das Reichsversicherungsamt einlegen, dem die gleichen Befugnisse bezüglich neuer Beweiserhebung zustehen, wie dem Schiedsgericht. Die Kostenfreiheit für den Rentenansprecher geht soweit, daß er zu den Sitzungen des Reichsversicherungsamtes freie Fahrt nach und freien Aufenthalt in Berlin erhält. Die Entscheidungen des Reichsversicherungsamts, dessen Einrichtung wir bei Gelegenheit der Besprechung der Gewerbeunfallversicherung näher kennen lernen werden, sind endgültig; eine weitere Berufung ist nicht möglich. Aber der Rentenanspruch kann, nachdem er ein Jahr geruht hat, aufs neue gestellt werden, und das gleiche Spiel kann sich wiederholen. Abgesehen von der Möglichkeit, daß sich im Laufe eines Jahres der physische Zustand soweit recht wohl ändern kann, daß Invalidität als vorhanden angesehen werden darf, hat für diese Einrichtung wohl als empfehlend die Überlegung mitgewirkt, daß dem Versicherten auch für den Fall einer wirklich ungerechtfertigten Abweisung, die bei drei Instanzen ja eigentlich ausgeschlossen erscheint, auf alle Fälle sein Recht nicht verkümmert werden darf.

Wie aber der Versicherte seinen abgewiesenen Antrag, so kann auf der anderen Seite die Versicherungsanstalt ihrerseits jederzeit das Verfahren der Invaliditätsfeststellung neu aufnehmen und nach etwa eingetretener Besserung die Zahlung der Rente einstellen. Diese ist ja überhaupt kein dauernd überwiesenes Eigentum. Sie hängt lediglich von der Erwerbsfähigkeit des Versicherten ab. Ist diese nach Schätzung des Arztes oder nach dem Ausweis der ausgeführten Arbeit und Lohnlisten wiederum über $33\frac{1}{3}\%$ gestiegen, so muß die Invalidenrente, auch wenn sie als Dauerrente gewährt worden war, wieder wegfallen. Auch dagegen kann der Versicherte wiederum Berufung an 2. und 3. Instanz (Schiedsgericht und Reichsversicherungsamt) einlegen, die genau verlaufen, wie oben schon beschrieben.

Sechste Vorlesung.

Arzt und Invalidenversicherung.

Begutachtung der Kranken auf Erwerbsfähigkeit. Der Begriff der Invalidität. Abschätzung. Schwierigkeiten dabei. Beurteilung weniger der Fähigkeiten, als des Gesundheitszustandes. Beispiele. Bezahlung des Gutachtens. Formular desselben. Übernahme des Heilverfahrens, Modus dabei. Beurteilung der Aussicht, die Invalidität zu verhüten. Das geschäftliche Interesse der Anstalten dabei.

Heilstätten für Lungenkranke. Erfolge. Vorteile für die Allgemeinheit. Nervenheilstätten. Genesungsheime. Angehörigen-Unterstützung.

Nachteile der Invalidenversicherung.

Wichtigkeit der Erfahrungen der Invalidenversicherung

Literatur.

1. Becker, Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigen-Tätigkeit für die Unfall- und Invaliditätsversicherungsgesetzgebung. Berlin 1895.
2. Schön, Die Invalidenversicherung des Deutschen Reichs im täglichen Leben, Berlin 1904.

M. H.! Sie werden schon bei der letzten Vorlesung bemerkt haben, wie reichliche Gelegenheit die Invalidenversicherung als Ganzes genommen, mit allen den anhängenden Einrichtungen, die sich an sie anschließen, dem Arzt zur Entfaltung seiner Tätigkeit geben muß, wie sehr sie auch der mithelfenden Tätigkeit des Arztes bedarf. Ihre Durchführung ohne sie wäre ein Unding, die Versicherungsanstalten sind auf die Ärzte angewiesen; das ist bisher auch von ihnen anerkannt worden, und abgesehen von gelegentlichen Streitigkeiten sind keine ernsteren Mißhelligkeiten, etwa wie bei den Krankenkassen, vorgekommen. Zum Teil mag das auch darin begründet sein, daß die soziale Stellung der beiden verhandelnden Parteien ebenso gleich war, wie ihre Bildung, woraus sich ergibt, daß unliebsame Situationen, wie sie ja von den Tageszeitungen von den andern Kämpfen nur zu oft gemeldet wurden, von vornherein so gut wie ausgeschlossen waren, oder doch, wenn unvermeidlich, in den Formen

des amtlichen Verkehrs und der guten Gesellschaft beseitigt wurden, was sonst nicht immer der Fall sein konnte.

Die Tätigkeit des Arztes für die Invalidenversicherung gliedert sich ihrer Natur nach in 3 Abschnitte, nach denen wir sie zu betrachten haben. Das ist zunächst die Begutachtung der Kranken auf ihre Erwerbsunfähigkeit und auf den Grad derselben, wie sie für die Versicherungsanstalt selbst, aber auch für das Schiedsgericht und schließlich für das Reichsversicherungsamt nötig ist. Ferner kommt die Behandlung des Arztes in Frage bei der Übernahme des Heilverfahrens, bei dessen Beginn wiederum die komplizierte Frage nach der Aussicht auf dauernde Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zu beantworten ist; nach Abschluß der Behandlung ist der erreichte Erfolg ebenfalls gutachtlich zu beschreiben. Schließlich ist das wichtige Amt des Vertrauensarztes der Versicherungsanstalt, der als solcher Mitglied des Vorstandes ist, und meist ihr vollkommen, unter Ausschluß von anderer ärztlicher Tätigkeit angehört, zu besprechen.

Der Begriff der Invalidität im Sinne unseres Gesetzes ist nicht immer in den verschiedenen Ausgaben desselben und in den Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes gleich gefaßt worden. Nach der jetzt geltenden Novelle ist als Invalide zu betrachten, wer nicht imstande ist, durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit, die ihm unter billiger Berücksichtigung, ihrer Ausbildung und ihres bisherigen Berufes zugemutet werden kann, ein Drittel desjenigen zu verdienen, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend zu verdienen pflegen. Man muß sich also, hat man es mit einer vorher geistig und körperlich gesunden Person zu tun, an seinen früheren Arbeitsverdienst halten. Kann er $\frac{1}{3}$ davon nicht mehr verdienen, so ist er als Invalide im Sinne unseres Gesetzes anzusehen. Ist er schon lange krank gewesen, so wird man sich an die Arbeitsgenossen halten, die gleich lange denselben Beruf gehabt haben. Das sind nun Dinge, die der Kenntnis des Arztes, wenn er nicht ganz besonderes Interesse dafür hat, meist entgehen, oder die er sich doch nur schwer, eingehende Auskunft vorausgesetzt, objektiv beurteilen kann. Es dürfte mehr Sache der Verwaltungsbehörden sein, hier auf amtlichem Wege bestimmte Erkundigungen einzuziehen. Der Arzt wird sich in allen Fällen vielmehr mit der Frage nach den noch verbliebenen Kräften und Fähigkeiten des Kranken zu beschäftigen haben. Es kommt dabei nicht darauf an, daß er dieselben in seinem Berufe weiter ausnutzt, sondern es handelt sich um die verbliebene Er-

werbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt; doch soll die Ausbildung und der bisherige Beruf in billiger Weise dabei berücksichtigt werden. Man würde also, um ein Beispiel zu wählen, einem ehemaligen Tischler nicht zumuten können, als Maschinenschuster etwa $\frac{1}{3}$ desjenigen zu verdienen, was andere gesunde Tischler erhalten, sondern etwa an einen ihm näherliegenden Beruf, Drechsler oder Holzbildhauer, für ihn denken; doch kommen zweifellos, nach dem Wortlaut des Gesetzes, auch andersartige Berufe, sofern sie nur leichter sind, und keine Neuerlernung der gesamten Berufsarbeit in sich schließen, in Betracht. Der Tischler könnte nicht Dekorationsmaler, vielleicht aber Arbeiter in einer Kartonnagenfabrik werden, wo er an Maschinen dauernd nur eine kleine, und sich gleich bleibende Handreichung zu verrichten hätte. Überall also tritt uns die Frage nach einem andern, etwa passenden Beruf entgegen.

Heute aber, wo die Spezialisierung der Industrie den Übergang von einem Beruf zum andern so außerordentlich erschwert, wo schon der Dekorationsmaler nicht mehr die Porzellanmalerei erlernen kann, wo dem Maschinenschlosser die Tätigkeit des Elektrizitäts-Monteurs ein Buch mit sieben Siegeln ist, wo der Arbeiter oft nicht einmal im Stande ist, den von ihm durch vieltausendfache Herstellung eines kleinen Teiles miterzeugten Artikel — man denke an Rad-, Näh- und Schreibmaschinenbau — im ganzen auch nur zusammenzusetzen, viel weniger etwa selbst herzustellen, kommen immer weniger Berufe als leichtere und doch verwandte in Betracht, ganz abgesehen davon, daß infolge der gesteigerten Konkurrenz auf dem Arbeitsmarkt das Angebot gesunder Arbeiter derartig groß ist, daß halb oder nur $\frac{1}{3}$ gesunde gar nicht mehr zu Arbeiten, die sie vielleicht nur zu gewissem Teile und vielleicht auch nicht dauernd — gelegentlich durch in solchen Fällen ja vorauszusehende Krankheit behindert — verrichten können, in Fabriken, Werkstätten und Betrieben aller Art angenommen werden.

Infolge dieser Erscheinungen hat sich ganz naturgemäß vielfach der Begriff der Invalidität dahin vereinfacht, daß abzuschätzen ist, ob der Kranke in seinem eigenen Beruf weniger oder mehr als $\frac{1}{3}$ desjenigen verdienen kann, was er, wenn er gesund gewesen wäre, verdient hätte, resp. was er vorher in gesunden Tagen verdient hat, wenn er etwa ausgelernt hatte. Aufgabe des Arztes wäre es, zu prüfen, wie weit ihm dazu Kräfte und Fähigkeiten reichen. Unwillkürlich wird der Arzt geneigt sein, nicht die Verminderung des Lohnertrages abzuschätzen, sondern die Verminderung der Kräfte und Fähigkeiten selbst. Es hat sich auch deshalb unbewußt und allgemein in den Sprachgebrauch die Bezeichnung der Abschätzung

der Erwerbs„fähigkeit“ eingebürgert. Kräfte und Fähigkeiten sind Quotienten des Gesundheitszustandes, dieses selbst ist Objekt der erkennenden Tätigkeit des Arztes, Kräfte und Fähigkeiten sind Eigenschaften, die sich umschreiben, aber nicht in ihrem Wort beschreiben lassen. Das kann aber der Arzt nach seiner Untersuchung mit dem Gesundheitszustand. Deshalb kommt die Begutachtung auf Invalidität für die Versicherungsanstalten im wesentlichen für den Arzt darauf hinaus, daß er fragt, ob, den früheren Zustand in gesunden Tagen zu 100 gesetzt, jetzt mehr als $\frac{2}{3}$ davon verloren gegangen sind. Erst dann wird die Frage nach dem Verdienst, und zuletzt erst die nach dem Verdienst in einem andern leichtern Beruf erwogen.

In manchen Fällen erfolgt somit die Beurteilung der Invalidität, oder besser ausgedrückt, soweit sie den Arzt angeht, der Erwerbsfähigkeit, nicht nach dem eigentlichen Wortlaut, wenn auch durchaus im Sinn des Gesetzes. Warum nicht, werden Sie fragen? Nun, m. H.!, die Entscheidung und Beurteilung, die hier von uns verlangt wird, ist nicht leicht. Wenden wir uns, um das zu verstehen, zu praktischen Beispielen.

Ein Kranker, der mit einem chronischen, unheilbaren und unserer Voraussicht nach ständig fortschreitenden Leiden behaftet ist, jemand mit einer bösartigen Geschwulst, mit einer vorgeschrittenen Phthise, oder mit einer perniziösen Anämie, kann ohne weiteres als invalidenrentenberechtigt angesehen werden, denn er ist überhaupt nicht mehr in der Lage, nennenswerte Arbeit zu verrichten; er würde zudem auch, wenn er arbeitete, sich schaden, und den decursus morbi beschleunigen. Ebenso wird man einen Blinden oder einen mit schwerer Geistesgestörtheit, jemanden mit einer organischen Erkrankung des Zentralnervensystems, sobald es sich um gröbere Störungen handelt, nicht von dem Genuß der Invalidenrente ausschließen. Alle Kranken mit Leiden chronischer Natur, die dauernd im Bett liegen müssen, z. B. solche mit Arthritis deformans oder senilis, oder mit tuberkulösen Prozessen der Knochen oder der Gelenke, mit Kontrakturen sind ja ebenfalls zu keiner Arbeit fähig.

Andererseits gibt es leichte Erkrankungen chronischer Art, die jeder Arzt ohne weiteres als zu geringfügig ansehen wird, um überhaupt sie in den Kreis derjenigen zu ziehen, die für die Invalidenrente in Betracht kommen. Die gewöhnliche Arteriosklerose des 50er und 60er Jahre z. B., das gewöhnliche Emphysem, die häufigen leichten Gelenkerkrankungen des Alters, Neurasthenie und Hysterie leichteren und mittleren Grades bei jüngeren Leuten, die Obstipation der sitzend arbeitenden Bevölkerung, die Enteroptose der während der Schwangerschaft und bald nach der

Geburt arbeitenden Frauen, die chronischen Katarrhe der Schleimhäute können ausgeschlossen bleiben, obgleich auch Kranke, die mit ihnen behaftet sind, öfter Rentenansprüche stellen.

Schwieriger gestalten sich die Verhältnisse aber, wenn es sich um Krankheiten handelt, von denen man ohne weiteres annehmen kann, daß sie mindestens die Hälfte der vorher vorhandenen Kräfte und Fähigkeiten vernichten. Denken Sie z. B. an eine schwerere Chlorose, an mittelschwere Lungentuberkulose, an Bronchiektasien, an Leute mit chronischen wiederkehrenden Beschwerden durch Magengeschwüre, Gallensteine, narbige Pylorusverengungen, an die Basedow'sche Krankheit, an Herzklappenfehler und Herzmuskelerkrankungen. Oder vergegenwärtigen Sie sich die Kombination mehrerer Krankheiten. Im Augenblick haben wir z. B. über den Rentenanspruch einer 33jährigen Kranken zu entscheiden, die eine stationäre Tuberkulose des einen Oberlappens, ein rezidivierendes Magengeschwür, und eine beiden Erkrankungen entspringende sekundäre Anämie aufweist. Schwierige Fragestellungen gewähren auch diejenigen chronischen Krankheiten, bei denen spontan und auch auf Schonung oder auf Heilmittel vorübergehende Besserungen eintreten können, z. B. bei den Stoffwechselkrankheiten, bei Diabetes, und bei den chronischen Nierenentzündungen.

Verhältnismäßig einfach aber sind selbst solche Fälle, wo wenigstens greifbare objektiv nachweisbare Veränderungen, auf deren Nachweis sich der Begutachter stützen kann, gegenüber denen, wo die Kranken bei fehlendem oder ganz geringem Befund lebhafte subjektive Beschwerden als die Hauptursache ihrer Erwerbsbeschränkung schildern. Dies ist das eigentliche Feld der Simulanten und Rentenschleicher: der Arzt, der dem wirklich schwer kranken, auch dem neurasthenischen und hysterischen, nicht Unrecht tun will, läßt sich täuschen; unwürdige erhalten die Rente und verkürzen somit die Mittel der Arbeiterversicherung um erhebliche Summen. Denn die von den Versicherungsanstalten jetzt häufiger angewendeten Rentenrevisionen bringen immer eine Reihe von Leuten ans Licht, die neben der Rente noch einen vollen Verdienst gehabt haben.

Bei allen Fällen, bei denen objektive Veränderungen oder subjektive Beschwerden, die immer noch auf ihre Glaubwürdigkeit geprüft werden müssen, einen so hohen Grad erreichen, daß die Invalidität in Frage gezogen werden kann, kommt es neben einer genauen Erkennung des Krankheitszustandes auf die Schilderung der Erwerbsfähigkeit und der Arbeitsbedingungen an, die der Kranke dem Arzt macht, wie dieser die Erwerbsbeschränkung jenes im einzelnen Fall beurteilen wird. Hier abzuschätzen, wie weit den Angaben des Rentenansprechers

Glauben zu schenken ist, kann sehr schwer sein, wenn nicht der Arzt durch große Erfahrung auf dem allgemeinen Gebiet der Arbeiterversicherung oder gerade für den besonderen Fall besitzt, wenn er z. B. als Kassenarzt einer Fabrikkrankenkasse einen Angehörigen derselben zu begutachten hat, wo er also die Art, die Schwere und die Häufigkeit der geforderten Arbeit mit der Leistungsfähigkeit des Betreffenden vergleichen kann, auf Grund deren er als berufener Gutachter angesehen werden kann.

Am meisten wünschenswert wäre es daher, wenn der Arzt sich allgemein auf die Beschreibung des objektiv wahrnehmbaren Krankheitszustandes beschränken könnte und wenn das Gesetz höchstens noch vorschriebe, daß von ihm in Prozentzahlen angegeben würde, wieviel etwa an Gesundheit — zu 100%, gerechnet — durch die Krankheit verloren gegangen ist. Aber das Gesetz verlangt mehr von uns, und aus den schon angeführten Gründen wird es stets Fälle geben, in denen zwei Ärzte, auch wenn sie das Beste des Kranken wünschen, verschiedener Meinung sind. Daher die vielen einander widersprechenden Gutachten, daher die u. a. bei den Rentenrevisionen alljährlich zu bemerkende Tatsache, daß so viele Renten ihren Empfängern wieder entzogen werden, was wiederum Anlaß zu neuen Verhandlungen, zu weiterem Fortschreiten auf dem Instanzenwege bietet. Es ist vielfach von ärztlicher Seite bedauert worden, daß das ärztliche Gutachten nur als Beweisstück, nicht als unbedingter Beweis gefordert wird, daß sich die Versicherungsanstalt öfters in Widerspruch zu dem Arztgutachten stellt; wer aber die Schwierigkeiten, die der gerechten Beurteilung der Invalidität im Sinne des Gesetzes gegenüber stehen, recht erwägt und vor allem nicht nur das betreffende gewünschte Gutachten ausgestellt hat, sondern auch die verwickelten Verhältnisse, wie sie das mannigfach verschlungene Leben auf dem heutigen Arbeitsmarkt und im Erwerbsleben mit sich bringt, kennen gelernt und sich Mühe gegeben hat, auch hier den Bestimmungen des Gesetzes und der sozialen Gerechtigkeit nachzukommen, der wird eingesehen haben, daß die einfache ärztliche Beurteilung und Erklärung der Invalidität nicht genügt. Im Augenblick liegt uns folgender, hierher passender Fall zur Entscheidung vor: Ein landwirtschaftlicher Arbeiter, der bisher 12 Mk. die Woche verdient hat, leidet an einer starken Magenvergrößerung mit anfallsweise auftretendem Erbrechen und heftigen Magenschmerzen nach jeder Mahlzeit. Er stellt Antrag auf Invalidenrente. Der behandelnde Arzt bestätigt das Bestehen der Invalidität, empfiehlt aber die Behandlung in einem Krankenhaus. Hier wird er mit Spülungen behandelt, und nach zwei Monaten mit 11 kg Gewichtszunahme

entlassen. Draußen bei der Arbeit und der schlechten Ernährung stellt sich das alte Leiden wieder ein. Er nimmt bald wieder stark ab, kann nur leichtere Arbeiten verrichten, füttert das Vieh, wobei ihm Frau und Sohn helfen müssen. Er erhält für die geleistete Arbeit — aller drei Personen — jetzt noch 4 Mk. die Woche, wobei der Arbeitgeber behauptet, ihn nur aus Barmherzigkeit höher als er verdiene, zu bezahlen. Auf Grund dieser Feststellung und eines erneuten Gutachtens des behandelnden Arztes wird er als invalidenrentenberechtigt anerkannt und erhält 163 Mk. jährlich insgesamt als Rente ausbezahlt. Einige Jahre darauf wird bekannt, daß er jetzt in einer mechanischen Weberei am Webstuhl als Spuler tätig ist, 11 Stunden am Tag arbeitet und 11 bis 14 Mk. die Woche verdient. Erneute ärztliche Untersuchung stellt eine Besserung des Ernährungszustandes fest, auch eine Milderung der Magenkrämpfe wird zugegeben. Natürlich kommt die Invalidenrente in Wegfall, wogegen der Versicherte, freilich umsonst, Berufung an das Schiedsgericht einlegt. — Hier hatte sich der erste Arzt insofern getäuscht, als zwar der Rentenansprecher für seinen Beruf als invalide gelten konnte, er aber die Tätigkeit, die den noch gebliebenen Kräften und Fähigkeiten des Kranken zugetraut werden konnte, unterschätzte. Freilich hatte die neue Tätigkeit nichts mit der alten, also mit dem bisherigen Beruf und der Ausbildung des Kranken zu tun. Deshalb ist in diesem Fall die Zu- wie die Aberkennung der Invalidenrente wohl durchaus zu recht erfolgt. Hätte der Arzt recht vorsichtig sein wollen, so hätte er vielleicht nicht gleich von einer dauernden Invalidität gesprochen, oder hätte wenigstens eine Nachuntersuchung in ein oder zwei Jahren für wünschenswert erklärt. In allen zweifelhaften Fällen kann das den Ärzten nur dringend empfohlen werden; eine derartige Erklärung macht überdies die Versicherungsanstalt auf solche Grenzfälle aufmerksam und veranlaßt sie, bei ihnen alsdann auch von Zeit zu Zeit Erhebungen über die Höhe des dennoch verdienten Lohnes einzuziehen. So sehr wir dem armen und siechen Arbeiter die Invalidenrente gönnen müssen, so lebhaft muß der Mißbrauch der Einrichtung durch nicht berechnigte, Simulanten und übertreibende Kranke bekämpft werden, denn die Mittel der Versicherungsanstalten, so erheblich sie erscheinen, haben für die Zukunft außerordentlich hohen Ansprüchen zu genügen; so dürfen die mühsam gesparten und aufgesammelten Groschen der gesamten deutschen Arbeiterschaft nicht verschwendet werden.

Die Beibringung des ärztlichen Zeugnisses ist nach dem Gesetz Sache des Kranken. Die Preußische Gebührenordnung schreibt

dafür die Entrichtung von 9 Mk. vor. Da der Arzt von den Rentenansprechern diese Summe für ein solches Gutachten in vielen Fällen aber nie erhalten würde, weil sie nicht in der Lage sind oder sein wollen, sie zu bezahlen, so haben die meisten Versicherungsanstalten mit den Vertretungen des ärztlichen Standes Verträge abgeschlossen, nach denen sie einen bestimmten „Zuschuß“ zu dem Honorar für die Gutachten gewähren; meist handelt es sich um 3 oder 5 Mk. Den Rest kann der Arzt von dem Rentenansprecher verlangen, und kann sogar die zuständige Armenbehörde dafür pflichtig machen. Meist indessen geschieht das nicht, der Arzt verzichtet gewöhnlich auf diesen Anteil, obgleich es richtiger wäre, er versuchte wenigstens, dem Prinzip treu bleibend, jedes Mal, seinen Anspruch befriedigt zu erhalten. Die Versicherungsanstalt hat ihrerseits ein lebhaftes Interesse an den ärztlichen Gutachten, ohne die ihre ganze Tätigkeit nutzlos sein würde; es erscheint gerechtfertigt, daß sie das ganze Honorar für das erstattete Gutachten in Zukunft übernimmt. Ganz ungerechtfertigt ist es, wenn der Arzt von der Versicherungsanstalt aufgefordert wird, ein Revisions- oder Ober-Gutachten über einen Krankheitsfall abzugeben, daß auch dafür nur das Zusatzhonorar gewährt wird, denn hier handelt es sich gar nicht mehr um das von dem Invaliden beizubringende Beweisstück, sondern um ein Gutachten für die Versicherungsanstalt, das nach der Gebührenordnung bezahlt werden muß. Die Versicherungsanstalten haben bei den Ärzten dadurch die Sachlage nicht geklärt, daß sie dieselben Formulare, auf denen das erste ärztliche Gutachten gegen das genannte Zusatzhonorar abgegeben wurde, auch für das von ihnen gewünschte Gutachten vorlegten. Das muß in Zukunft verhindert werden.

Diese Formulare sind jetzt fast überall gleichmäßig eingerichtet. Sie enthalten folgende Fragen: Nach der Angabe des Kranken und nach eigener Kenntnis werden Angaben über frühere Krankheiten, Dauer derselben und etwaiger Krankenhausaufenthalt gewünscht, dann ist der Befund im Augenblick der Ausstellung des Gutachtens mitzuteilen. Dieser Abschnitt ist im wesentlichen für den Vertrauensarzt der Versicherungsanstalt bestimmt, nicht für die Verwaltungsbeamten und soll deshalb einem klinischen Status wenigstens insoweit entsprechen, als er alle Organe umfassen muß, wenn auch nur insofern, als ihre Gesundheit bezeugt wird. Alle subjektiven Angaben des Kranken treten, wo sie nicht, wie z. B. bei der Neurasthenie, das Wesen der Krankheit ausmachen, in den Hintergrund. Bei den erkrankten Organen wird man naturgemäß am längsten verweilen. Daß die Angaben knapp und deutlich sind, versteht sich von selbst.

Der dritte Abschnitt betrifft die Würdigung des Grades der Gewerbsverminderung durch die vorher genannten pathologischen Veränderungen. Hier muß der begutachtende Arzt alle die Fragen in Betracht ziehen, die wir schon erörtert haben, insbesondere also die Verdienst- und Kräfteverminderung. Es ist dies der schwierigste und verantwortungsreichste Teil der Begutachtung. Die Angabe des Zeitpunktes, an dem der Arzt die Überzeugung hatte, daß die Wiederherstellung nicht zu erreichen — Punkt 4 des Formulars — wird in den meisten Fällen keine Schwierigkeiten machen, wenigstens nicht, wenn der behandelnde Arzt auch das Gutachten ausstellt; nur für den erst später mit einer Oberbegutachtung betrauten Arzt, der den Kranken nur kurze Zeit in der Sprechstunde oder einige Tage im Krankenhaus sieht, kann eine Antwort hierauf schwer oder auch wohl einmal nicht möglich sein. Schließlich fragt die Versicherungsanstalt, ob die Erwerbsunfähigkeit eine dauernde sein wird, oder ob sie sich bessern kann, und in welcher Zeit eine neue Untersuchung im Hinblick hierauf zu empfehlen ist. Auch der Zeitpunkt des Eintritts der dauernden Invalidität ist natürlich von Wichtigkeit. Einige Versicherungsanstalten richten auch an den Arzt die Frage, ob ihm ein Zusammenhang zwischen dem Leiden des Invaliden und einem Betriebsunfall bekannt sei, da in diesem Fall, wie wir sehen werden, die Unfallversicherung als entschädigungspflichtig eintreten muß.

Die Kürze des Gutachtens, die in den meisten Fällen wohl den gestellten Anforderungen genügt, bringt es mit sich, daß vielfach Krankheitsfälle, die an sich verwickelte Verhältnisse darbieten, nicht genügend eingehend beschrieben werden und auch dementsprechend nicht richtig beurteilt werden können. In solchen Fällen, wo, wie sich das von selbst ergibt, der Arzt meist selbst das Gefühl der Unzulänglichkeit der Begutachtung hat, empfehle ich Ihnen, m. H.!, der Versicherungsanstalt vorzuschlagen, den Kranken aus den und den — natürlich anzugebenden Gründen — zur näheren Beobachtung in ein Krankenhaus einzuweisen. Der Vertrauensarzt der Anstalt und ihr Vorstand werden Ihnen für diesen Beweis Ihres sozialen Verständnisses nur dankbar sein. Dasselbe ist auch zu empfehlen, wenn es sich bei der Erörterung der Frage nach der Wiederherstellung des Kranken um schwierige Verhältnisse handelt. Es ist nur natürlich, wenn der praktische Arzt oft nicht in der Lage ist, darüber genau zu entscheiden, namentlich nicht bei dem Mangel an technischen Hilfsmitteln und an Zeit zu umständlichen Untersuchungen. In solchen Fällen ist ebenfalls zu einer Untersuchung im Krankenhause zu raten, die auf keinen Fall etwa als ein Eingeständnis eigener Un-

kenntnis aufgefaßt wird, sondern vielmehr als ein willkommener Fingerzeig für die Versicherungsanstalt und für ihren Vertrauensarzt, der sie hierin zu beraten hat, sich der Begutachtung eines Kranken genauer anzunehmen.

Wir haben gesehen, m. H.!, daß die Versicherungsanstalten verpflichtet sind, schon nach Ablauf der statutarischen Verpflichtung der Krankenkassen, also meist nach 26 Wochen, dem Erkrankten, wenn er unter $\frac{2}{3}$ erwerbsfähig geworden ist, die Invalidenrente auszuzahlen; ist seine Erwerbsfähigkeit wieder gestiegen, so wird ihm die Rente wieder entzogen; bleibt die Krankheit bestehen und wird sie sogar noch schlimmer, so bleibt auch die Rente, jedoch dauernd in gleicher Höhe. Eine gradweise Abstufung kennt die Invalidenversicherung nicht. Den Versicherungsanstalten ist nun das Recht zugestanden worden, wie wir schon in der vorigen Stunde erfahren haben, zur Vermeidung der Invalidität ein Heilverfahren einzuleiten auch schon zu einer Zeit, wo die Krankenversicherung noch entschädigungs- und fürsorgepflichtig ist, sei es in Gemeinschaft mit ihr, sei es ohne sie. Diese Möglichkeit wird im Ganzen noch viel zu wenig benutzt, weil sie in den Kreisen der praktischen Ärzte noch wenig bekannt ist. Es sind, wenn es sich um einen solchen Fall handelt, meist die Vorstände der Krankenkassen, die dem Kranken den Rat geben, sich an die Versicherungsanstalt zu wenden, um sie zur Übernahme des Heilverfahrens zu veranlassen oder die selbst die nötigen Schritte tun, um dies zu erreichen.

Voraussetzung dazu für die Versicherungsanstalt ist naturgemäß die mehr oder minder große Sicherheit, die Invalidität zu verhüten. Das kann sie aber nur erfahren, wenn sie Auskunft von dem behandelnden Arzt erhalten hat. Diese Auskunft erhält sie durch die Vermittlung der Krankenkasse oder durch direkte Anfrage an den Arzt. Auch für die Übernahme des Heilverfahrens haben die meisten Versicherungsanstalten eigene Formulare vordrucken lassen, in denen auch einige ärztliche Fragen sich befinden. Diese sollen kostenlos beantwortet werden. In den meisten Fällen wird es sich dabei um Angehörige der Krankenkassen handeln und also die ärztliche Bemühung derselben zu verrechnen sein. In anderen Fällen wird der Kranke selbst für die Kosten der Attestierung aufzukommen haben.

Es wäre zu wünschen, wenn die Versicherungsanstalten bei der Übernahme des Heilverfahrens allgemein einen Modus einführten, wie er in einzelnen Fällen bereits angewendet wird, daß nämlich der Arzt ihr einfach in einem Schreiben Mitteilung machen kann, daß der und

der Kranke des Heilverfahrens bedürftig sei, daß sie dann ihrerseits die nötigen Schritte zur amtlichen Ordnung der Angelegenheit unternimmt.

Die größeren Mittel der Versicherungsanstalten erlauben ihnen, auch für das einzelne Heilverfahren größere Summen aufzuwenden, als das seitens der Krankenkasse meist möglich ist. Mit ihrer Hilfe kann ein Kranker, wenn es sich herausstellt, daß eine Behandlung in einem Bad oder in einer spezialärztlich geleiteten privaten Klinik ihm Heilung bringen kann, oder diese rascher in einer solchen oder derartigen Anstalt zu erwarten ist, diese kostspieligeren Heilmittel, die sonst nur dem Begüterten offen stehen, genießen. Viele Versicherungsanstalten erhalten zudem in gewissen Bädern noch eine Vergünstigung für ihre Kranken, ebenso in einzelnen Heilanstalten. Die teilweise recht kostspieligen Heilmittel der neueren Medizin, ich erinnere hier nur an die Lichtbehandlung des Lupus und die Röntgenbehandlungen der Blutkrankheiten, an die Lichtbäder und die komplizierten Apparate der neueren Elektrophtherapie hätten in den Kreisen der Versicherten nie angewendet werden können — abgesehen von Wohltätigkeitseinrichtungen —, wenn nicht die Versicherungsanstalten hier eingesprungen wären. Es hat sich für sie eben ergeben, daß auch die kostspieligste Behandlung ihnen nicht so teuer zu stehen kommt, wie die dauernde Zahlung der Rente.

Die Beurteilung der Heilbarkeit ist nun im ganzen nicht leicht. Zwar kommt es ja den Versicherungsanstalten naturgemäß gar nicht darauf an, den Kranken wieder vollständig erwerbsfähig zu machen oder gemacht zu sehen, sondern nur darauf, die Rentenzahlung zu vermeiden. Die Aussicht auf Wiedergewinnung der vollkommenen Gesundheit braucht deshalb nicht vorhanden zu sein, sondern nur die auf Wiedererlangung einer wahrscheinlich dauernden Erwerbsfähigkeit, die den Anspruch auf Invalidenrente nicht zuläßt. Wenn es sich hier in Wirklichkeit auch um eine im sozialen und humanen Sinne höchst wichtige und auszunutzende Maßnahme handelt, so liegt doch ihr Beweggrund allein in dem geschäftlichen Interesse der Versicherungsanstalten: für sie handelt es sich um die Verhütung der Rentenzahlung, nicht der Invalidität.

Die Auswahl der geeigneten Kranken steht dem Arzte zu. Selbstverständlich muß sich die Versicherungsanstalt das Recht vorbehalten, ihr oder ihrem Vertrauensarzt ungeeignet erscheinende Kranke zurückzuweisen. Leider kommt das auch heute noch häufiger vor, oft auch deshalb, weil die Ärzte mit den Voraussetzungen der Übernahme des Heilverfahrens nicht vertraut sind. Als solche kommen in Betracht

einmal die Aussicht der Verhütung der Invalidität, dann die Zugehörigkeit zur Invalidenversicherung überhaupt. Die Versicherungsanstalten haben im Einverständnis mit ihren Oberbehörden eine bestimmte Dauer des Versicherungsverhältnisses zur Bedingung gemacht, nur ausnahmsweise wird das Heilverfahren übernommen, wenn weniger als zwei oder drei Quittungskarten vorhanden sind. Der Arzt muß also über diese Verhältnisse in dem Bezirk der Versicherungsanstalt, in dem er tätig ist, unterrichtet sein.

Ohne weiteres eignen sich zur Übernahme des Heilverfahrens alle Krankheiten, bei denen der natürliche Ablauf nach längerer Zeit in Heilung endet, sowie diejenigen, bei denen wir mit Wahrscheinlichkeit annehmen können, daß die betroffenen Personen durch ärztliche Behandlung, wenn nur genügend lange Zeit zur Verfügung steht, wieder vollkommen hergestellt werden können. Dies trifft, um nur einige zu nennen, zu auf die Chlorose, die akute parenchymatöse Nephritis und auf die sekundären Anämien nach Blutverlusten. Bei anderen Erkrankungen, bei denen voraussichtlich eine vollkommene Wiederherstellung nicht erzielt werden kann, ist es Sache der Beurteilung des Arztes, ob mit Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß die Erwerbsfähigkeit auf mehr als $33\frac{1}{3}\%$ im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes durch die ärztliche Behandlung steigen wird. Wieder andere Krankheiten, bei denen entweder in der Natur des Leidens oder in dem Stadium desselben die Gewißheit der Unheilbarkeit oder nur eine Möglichkeit der Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit ausgesprochen ist, scheiden für diese Frage selbstverständlich aus, so z. B. die bösartigen Geschwülste, die Leukämien und die Pseudoleukämien, schwerere Herzfehler und etwa wegen Krankheit notwendig gewordene Verstümmelungen an Gliedern (Amputationen, Resektionen usw.), Bronchiektasien, Knochen- und Gelenkerkrankungen.

Die mittleren Gruppen der genannten Arten von Krankheiten bereiten dem begutachtenden Arzte am meisten Schwierigkeiten. Hierher gehören z. B. die Lungentuberkulose, andere Tuberkuloseformen, die Neurasthenie, leichte und mittlere Fälle von Stoffwechselkrankheiten, einige Arten der chronischen Nierenentzündung, eine Reihe von Frauenkrankheiten, um nur die allergewöhnlichsten anzuführen. Für solche Kranke, bei denen der erstbehandelnde Arzt sich nicht scheuen darf, die Aussicht auf Wiedergewinnung der Erwerbsfähigkeit von vornherein als wahrscheinlich, als mäßig oder als gering zu bezeichnen, nehmen die Versicherungsanstalten gern und mit Recht Spezialkrankenhäuser und

Universitätskliniken in Benutzung. Der Arzt darf ihnen es nicht verdenken, daß sie den Kranken seiner Fürsorge entziehen. Die Aussicht auf Erfolg ist in solchen Fällen, man denke nur an eine Neurasthenie oder einen chronischen Magenkatarrh, im Krankenhaus erheblich größer als in privater Behandlung. Es handelt sich also nicht um ein Mißtrauensvotum. Meist ist ja auch der praktische Arzt nach halbjähriger Behandlung, nach der meist das Heilverfahren der Versicherungsanstalt einsetzt, am Ende seiner Mittel; daher pflegt die Überweisung an ein Krankenhaus ihm oft nicht unwillkommen zu sein. Die Versicherungsanstalten haben oft mit besonderen Krankenhäusern, den Universitätskliniken z. B., zu deren Bezirk sie gehören, städtischen Hospitälern und privaten Spezialheilanstalten Verträge abgeschlossen, nach denen sie ihre Kranken jederzeit gegen bestimmte und oft ermäßigte Sätze verpflegen und behandeln lassen können.

Für die Lungentuberkulose, die weitest verbreitete Krankheit überhaupt, haben die Anstalten eigene ihnen gehörige „Heilstätten“ errichtet. Diese sind durchweg erst in den letzten Jahren erbaut, in günstigster Lage, entsprechend geschützt und mit den notwendigen hygienischen und den zur Freiluftliegekur der Phthise erforderlichen Einrichtungen versehen. Es kann hier nicht unsere Aufgabe sein, solche Anstalten näher zu beschreiben. Daß sie wegen der besonderen Bauweise, wegen der eigenartigen Ansprüche auf Reinlichkeit, Desinfektion, Badegelegenheit, Beschäftigung der Kranken und wegen der besonders schwierigen Ernährung derselben sehr große Einrichtungs- und Betriebskosten verursachen, versteht sich von selbst. Aus eigenstem Interesse suchen deshalb die Versicherungsanstalten ungeeignete Kranke auf das peinlichste von vornherein aus dieser Behandlung auszuschalten. Sie begnügen sich unter solchen Umständen nicht mit einigen kurzen Fragen an den behandelnden Arzt, sondern sie verlangen die Ausfüllung eines besonderen Fragebogens, dessen einzelne Teile sich auf die verschiedenen Komplikationen der Lungentuberkulose beziehen. Es muß sowohl der lokale Befund nach Ausdehnung und Stärke beschrieben werden, wie auch die Anamnese, das Vorhandensein von Nachtschweißen, Husten, Auswurf, das Vorkommen von Tuberkelbazillen darin, Bluthusten und Kehlkopferkrankungen, sowie das Auftreten oder Fehlen von Darmerscheinungen vermerkt werden. Vor allen aber wird Wert gelegt auf eine sorgfältige Temperaturbestimmung, möglichst im Rektum während dreier Tage ausgeführt, die der Arzt dreimal täglich durch eine Krankenpflegerin oder die Gemeindeschwester vornehmen lassen soll. Denn die

Versicherungsanstalten halten sich mit Recht an die Erfahrungen der privaten Heilstätten und an die von ihnen selbst gemachten: Danach aber sind dauernd fiebernde Tuberkulöse, solche mit Bluthusten, mit Kehlkopfschwindsucht, mit Drüsen- oder Darmtuberkulose für die hygienisch-diätetische moderne Behandlung der Phthise in den sog. Heilstätten als ungeeignet zu bezeichnen, soweit es sich um die Aussicht auf Arbeitsfähigkeit handelt. Infolge dessen kommen in die Lungenheilstätten der Versicherungsanstalten im wesentlichen Anfangsphthisen; Kranke, bei denen der lokale Prozeß nur selten über mehr als einen oder zwei Lungenlappen hinausgreift, also ein sehr günstiges Material. Die Erfolge sind recht zufriedenstellend; bei dreimonatlichem Aufenthalte in den Heilstätten werden die Kranken, auch wenn alle Symptome nicht vollkommen verschwinden, doch für eine Reihe von Jahren wieder arbeitsfähig gemacht. Das Reichsversicherungsamt läßt zurzeit eine genaue Nachuntersuchung der Kranken, die mehrere Jahre nach ihrem Aufenthalt in einer Heilstätte noch am Leben sind, anstellen. Man kann kaum im Zweifel sein, daß die Ergebnisse gleichfalls günstig lauten werden.

Es sind neuerdings freilich von verschiedenen Seiten (Cornet, Brauer) die günstigen Resultate der Volksheilstätten angezweifelt und auf eine allgemeine Abnahme der Tuberkulose-Intensität im ganzen bezogen worden. Abschließende Urteile sind zur Zeit noch verfrüht.

Zweitens aber haben die Heilstätten noch eine propagandistische Tätigkeit entfaltet; es wird den Kranken während ihres Aufenthaltes in den Heilstätten auf das allerpeinlichste eingeprägt, die Maßnahmen, die zu ihrer eigenen Besserung und zum Schutze der anderen getroffen werden, auch nach der Behandlung außerhalb der Anstalt fortzusetzen. Da nun alljährlich viele Tausende leicht Lungenkranker diese Anstalten verlassen, so werden diese Vorschriften in weitem Umfange in das Volk getragen. Die persönliche Sauberkeit des Körpers und der Kleidung, die sorgfältige Abhärtung durch leicht vorzunehmende hydriatische Maßnahmen, die Vernichtung oder Desinfektion des Auswurfs, die Vermeidung von Schädlichkeiten werden somit auch jenen Lungenkranken durch Erzählung bekannt, die nicht in Heilstätten gewesen sind, nicht minder auch den Angehörigen der ehemaligen Pfleglinge. Die Anstaltsärzte haben es von jeher für ihre Pflicht gehalten, ihren Patienten in leicht verständlichen Vorträgen unter Darlegungen der ihnen faßlichen wissenschaftlichen Errungenschaften, die Entstehung und die Merkmale der Lungenschwindsucht und ihrer Komplikationen, die Notwendigkeit ihrer Behandlung, die Prophylaxe des Einzelnen, die Vermeidung von

Weiterausdehnung des lokalen Prozesses zu schildern. Die Versicherungsanstalten und das Reichsversicherungsamt haben gewetteifert, den entlassenen Patienten der Heilstätten durch besondere Druckschriften diese Kenntnisse und Mahnungen gegenwärtig zu erhalten. Es steht zu hoffen, daß auf diesem Wege, mit Hilfe der staatlichen Invalidenversicherung das große Ziel aller Tuberkulosebekämpfung, die Befreiung von dieser weißen Pest, einstmals erreicht werden wird. Wie es gelungen ist den Aussatz aus Europa zu verdrängen, so würde es a priori auch möglich sein, durch rechtzeitige Behandlung der Anfangsphthisen und durch Elimination der fortgeschrittenen Fälle, die Krankheit wegen Mangel an Ansteckungsgelegenheit zum Aussterben zu bringen, wenn die humane Tuberkulose nur von Mensch zu Mensch übertragen werden könnte. Kann aber der Tuberkelbazillus außerhalb des menschlichen Körpers existieren, so werden wir wenigstens erreichen, die Zahl der Infektionen und auch die Zahl der schwereren Fälle zu vermindern.

Neuerdings ist von einzelnen Versicherungsanstalten der Versuch gemacht worden, besondere eigene Heilanstalten auch für die zahlreichen und anscheinend immer zahlreicher werdenden Nervenkranken, d. h. vorwiegend für diejenigen mit funktionellen Erkrankungen des Nervensystems, Hysterie und Neurasthenie zu errichten. Im Interesse der Versicherungsanstalten nach der materiellen Seite hin mag das gelegen sein; die ärztliche Erfahrung aber lehrt, daß die Anhäufung von Leuten mit funktionellen Neurosen in einem Krankenhaus, ja sogar in einem Krankenraum, viel häufiger zur Verschlechterung des Befindens und zur Betonung der Symptome führt, als wenn solche Kranke in einem allgemeinen inneren Krankenhause unter anderen organisch Kranken sich befinden. Es kommt hinzu, daß die Neigung zur Übertreibung, zur Simulation und zum Betrug in solchen Nervenheilstätten, wie sie genannt worden sind, ganz naturgemäß erheblichen Vorschub erhält. Die Korrektur der eigenartigen Vorstellungen solcher Kranker durch die Erlebnisse im Zusammensein mit Patienten ganz anderer Art fehlt; die Behandlung in solchen Heilstätten kann keine andere als die in einem inneren Krankenhause sein: höchstens, daß es sich um die Verschaffung und Erlaubnis zum Aufenthalt in der freien Natur außerhalb der Anstalt handelt. Die Nervenkranken, die die Versicherungsanstalt einem Heilverfahren unterzieht, bedürfen aber zunächst vielmehr nach der langen Dauer ihres Leidens besonderer ärztlicher Aufsicht und Behandlung, sowie der ärztlichen Erziehung zu neuer Willensfestigkeit, als jener Maßnahme, die erst in zweiter Linie für sie in Betracht kommt. Die Nerven-

heilstätten der Versicherungsanstalten werden höchstwahrscheinlich nicht den erwarteten Erfolg haben. Vor der Errichtung weiterer solcher Anstalten kann deshalb der Arzt nur warnen.

Eine Einrichtung, die die Versicherungsanstalten mit den Krankenkassen gemeinsam haben, sind die Genesungsheime. Den Zweck derselben haben wir bereits kennen gelernt; sie sollen schwerkrank gewesenen eine bessere Rekonvaleszenz verschaffen, als sie ihnen meistens die eigene Wohnung bieten kann; sie sollen die Krankenhäuser von diesen Rekonvaleszenten entlasten und sie sollen schließlich Leuten mit leichten Erkrankungen, die nur einer Erholung bedürfen, um ihre Beschwerden zu verlieren, Gelegenheit hierzu bieten. Die Voraussetzungen zur Aufnahme in ein solches Genesungsheim sind dieselben wie für die Übernahme des Heilverfahrens. Nur sind eigentlich Kranke ausgeschlossen, denn die Genesungsheime stehen nicht unter ständiger ärztlicher Kontrolle. Sie werden meist von als tüchtig erwiesenen Krankenschwestern verwaltet; ein in der Nähe tätiger Arzt überzeugt sich etwa allwöchentlich von der fortschreitenden Gesundheit ihrer Pfleglinge und sondert etwa Erkrankte aus. Diese Genesungsheime, für Männer und Frauen getrennt, sind allermeist auf dem Lande, schön gelegen, oft im Anschluß an ältere schon vorhandene Stiftungen, errichtet. Sie bieten meist keinerlei besondere hygienische Einrichtungen; sind auch nur für die günstige Jahreszeit eingerichtet, sie beschränken sich also im wesentlichen auf die Gewährung reichlicher und kräftiger Nahrung, und ausgiebigen Aufenthalts in freier und gesunder Luft. Den Kranken ist es erlaubt, abgesehen von den Mahlzeiten, sich in der näheren und weiteren Umgebung aufzuhalten. Das Zusammenleben so vieler halbgesunder und gesunder Personen bringt eine viel bessere Stimmung mit sich, als sie unter den Pfleglingen eines Krankenhauses herrscht. Der Aufenthalt in den Genesungsheimen erfreut sich deshalb in den Kreisen der Versicherten einer zunehmenden und ja auch verständlichen Beliebtheit. Wir haben es erlebt, daß Kranke, namentlich weibliche, in kaum begreiflicher Naivität Jahr für Jahr an die Versicherungsanstalt mit dem Antrag herangetreten sind, das Heilverfahren für sie in dem betreffenden Genesungsheim und zwar mit jedesmal sich steigender Ausdehnung an Zeit, zu übernehmen. Doch lehnen die Versicherungsanstalten derartige Anträge naturgemäß ab, wenn nicht eine ausdrückliche ärztliche Empfehlung beigegeben ist. Es besteht zweifellos bei den Genesungsheimen die große Gefahr, daß sie, ihrer Natur entsprechend, da nicht eigentlich Kranke sie aufsuchen, von nicht ihrer bedürftigen,

oder sagen wir einmal nicht von den Bedürftigsten benutzt werden, sondern auf dem Umwege der Simulation und Übertreibung auch von Leuten, die sie nicht nötig haben. Das fordert eine genaue ärztliche Untersuchung. Der Arzt und auch die Versicherungsanstalten sollten es sich zur Vorschrift machen, nur Leute, die organisch krank waren, sich in der Genesung befinden und nur solche, bei denen nachweisbare Störungen wirklich vorhanden sind, in die Genesungsheime zu senden. Neurasthenische und hysterische Personen gehören nicht hierher, wohin sie freilich vielfach geschickt werden; für sie ist der Aufenthalt in einem Krankenhaus unter steter ärztlicher Aufsicht und mit dauernder, sachgemäßer, psychischer und physischer Behandlung viel wertvoller; ja im Gegensatz zu dem Genesungsheim geradezu allein nützlich.

Bei der Übernahme des Heilverfahrens seitens der Versicherungsanstalt trägt sie bei Vorhandensein von Angehörigen, falls diese von dem Kranken mit unterhalten worden sind, Sorge für diese, und zwar in Form einer Angehörigen-Unterstützung, die der Hälfte des vorher von der Krankenkasse gezahlten Krankengeldes entspricht. Die Fürsorge für den Versicherten geht also außerordentlich weit, und es ist von interessierter Seite, namentlich aber auch von einsichtigen Volkswirtschaftlern, wie wir schon besprochen haben, die Frage erörtert worden, ob sie nicht zu weit ginge, und ob die soziale Gesetzgebung nicht neben dem materiellen Nutzen dem deutschen Volke auch Schaden gebracht habe. Es kann nicht bezweifelt werden, daß die Zahl der Simulanten, Betrüger und der ihr Leiden übertreibenden Personen seit Inkrafttreten der sozialen Versicherung um ein vielfaches gewachsen ist. Es ist aber weiter noch zu bemerken, daß auf Grund der Tatsache seiner Versicherung, also einer Sicherheit für die Zeit der Not und Sorge, Krankheit und Tod der deutsche Arbeiter immer mehr das Gefühl verliert, auf eigenen Füßen zu stehen, und das Gefühl der persönlichen Wehrhaftigkeit auch diesem Feinde gegenüber nicht mehr erwirbt. In falschem sozialen Ehrgeiz und gedrängt teilweise durch Forderungen der Arbeitnehmer selbst, bezahlen heute viele Arbeitgeber die auf beide Teile entfallenden Beiträge allein. In Hinsicht auf die eben besprochene Minderung des Selbstständigkeitsgefühles erscheint das als durchaus unangebracht. Es benimmt dem Versicherten noch mehr das Gefühl der eigenen Sorge für die Zeit der Krankheit. Er wird immer unselbständiger und gewöhnt sich immer mehr daran, als sein — hier nicht selbsterworbenes — Recht die Fürsorge der Allgemeinheit für den Einzelnen zu beanspruchen. Und gerade der echt deutsche Charakterzug des „Fest auf eigenen Füßen stehen Wollens“

verdiente in unserer sonst so nivellierenden Zeit besonders gepflegt und „gezüchtet“ zu werden.

Damit ist selbstverständlich kein Urteil über die soziale Gesetzgebung überhaupt abgegeben. Daß es sich hier um höchst wichtige Ziele und Wege handelt, beweisen die seit über 20 Jahren errungenen Erfolge, die Zahl der Menschen, denen geholfen worden ist und nicht zum mindesten das nachahmende Beispiel des Auslands. Die Krankenversicherung war auch schon früher, wenigstens in kleinem Maßstab, und mehr dem einzelnen Beruf überlassen, in andern Ländern bekannt gewesen. Die Invaliden- und Altersversicherung aber ist entstanden allein auf dem Boden unseres Vaterlandes, sie entspricht auch in ihren Tendenzen am ehesten dem versorgenden, fürsorglichen und erwägenden Charakter unseres Volkstums. Erst neuerdings haben andere Länder uns hier nachgeahmt; zuerst Österreich, jetzt Frankreich, während England und Amerika die Freiheit der einzelnen Persönlichkeit zu hoch einschätzen, dem Staat hier auch wohl nicht die genügende Autorität beiwohnt, als daß es gelingen könnte, staatliche Versicherungen zu erzwingen. An ihre Stelle tritt dort die private Versicherung, etwa so, wie sie früher in Deutschland in den anfänglich besprochenen Familienkrankenkassen, nur in viel größerem Maße, vertreten war, und wie wir sie bei der Kapitalversicherung auf eine bestimmte Lebenszeit, bei den Lebens- oder bei den Rentenversicherungsanstalten, noch kennen lernen werden.

Die Schätze, die die Archive der Landesversicherungsanstalten an wichtigen Tatsachen über die Bedingungen der Krankheit, über ihren Einfluß auf die Arbeitsfähigkeit, auf bestimmte Erwerbsgruppen, und umgekehrt über das Verhältnis von verschiedenen Krankheiten bei einzelnen Berufen bergen, sind erst zum Teil gehoben. Sie sind eigentlich — weil es sich um eine viel zentralisiertere Verwaltung handelt — viel leichter zu erreichen und rascher zu verarbeiten als bei der Krankenversicherung. Einzelne Versicherungsanstalten haben indessen neuerdings Ernst mit dieser ihnen zweifellos obliegenden Pflicht gemacht, z. B. die Versicherungsanstalt der Rheinprovinz, und haben außer ihren Vertrauensärzten noch besondere Ärzte und Statistiker speziell zu solcher Bearbeitung angestellt. Im Interesse der volkswirtschaftlich wichtigen und deshalb auch für die Versicherungsanstalten selbst wiederum ernstlich zu beachtenden Daten und den aus ihnen abzuleitenden sozialstatistischen Gesetzen ist es zu wünschen, daß recht viele Anstalten diesem Beispiel folgten.

Siebente Vorlesung.

Die staatliche Unfallversicherung.

Ursprung der Unfallversicherung in der Haftpflicht des Unternehmers. Einzelne Gesetze. Mantelgesetz. Umfang der Unfallversicherung. Träger der Versicherung. Organisation der Berufsgenossenschaften. Gegenstand der Versicherung. Definition von Betriebsunfall. Höhe der Renten. Beitragserhebung.

Unfallverhütung. Aufsichtsbeamte.

Unfallsanmeldung. Verpflichtung zur Fürsorge. Feststellung der Entschädigung. Kranken-, Dauer-Rente. Dauer der Rente. Unpfändbarkeit

Organisation der Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung.

Organisation des Reichsversicherungsamtes.

Unfallfürsorge bei Reichs- und Staatsbetrieben.

Literatur:

1. Gewerbeunfallversicherungsgesetz. Leipzig. Reclams Univ.-Bibliothek. 3. Aufl. 1901.
2. Graef, Die Unfallversicherungsgesetze des Deutschen Reichs. Berlin 1900.
3. Handbuch der Unfallversicherung. Herausg. von Mitgliedern des Reichsversicherungsamts. 2. Aufl. Leipzig 1897.
4. Die Berufsgenossenschaft. Organ des Verbandes der deutschen Berufsgenossenschaften. Berlin. C. Heymann. 1.—21. Jahrgang.

M. H.! Der Gedanke der Haftpflicht der Unternehmer für etwa bei der Arbeit entstehende Unfälle ist neu. Es lag den Arbeitgebern früher durchaus fern, den Arbeiter für dieses Risiko anders als durch den gewährten Lohn zu entschädigen, der gewiß in manchen gefährlichen industriellen Betrieben eben deshalb höher gewesen ist. Der Arbeiter übernahm mit der Arbeit zugleich das Risiko der Gefahr, dabei eventuell zu verunglücken. Der Gedanke, dieses Risiko den Unternehmern zuzuschieben, ist auch nicht etwa von den Arbeitern ausgegangen; sondern die vom Staat auf Grund juristischer Vorstellungen gegebene Haftpflichtgesetzgebung hat überhaupt erst auf dieses Verhältnis aufmerksam gemacht. Das erste Haftpflichtgesetz — im Anfang der siebziger Jahre

— enthielt die Verpflichtung des Arbeitgebers, etwa entstandenen Schaden an der Gesundheit durch Unfall im Betriebe zu ersetzen, resp. für seine Beseitigung zu sorgen. Nun konnte der Arbeiter gegebenenfalls klagen, und konnte im Hinblick auf die Bestimmungen dieses Gesetzes Entschädigung verlangen. Er hat sie wohl auch in den meisten Fällen erhalten. In manchen aber kam es zu langdauernden kostspieligen Prozessen, in andern Fällen konnten die notwendigen Unterlagen nicht beschafft werden. So fiel mancher Anspruch ungerechtfertigt fort; mancher der berechtigt gewesen wäre, wurde gar nicht erhoben.

Dieser Zustand änderte sich mit einem Schlage, als die staatliche Unfallversicherung eingeführt wurde. Das geschah in mehreren aufeinanderfolgenden Gesetzen. Sie hielten an dem bisherigen Standpunkt fest, daß die Verpflichtung zur Entschädigung allein dem Arbeitgeber zufiele, der den Vorteil der Arbeit in besonders großem Maße genieße. Es konnte daher der Arbeiter selbst nicht an der Versicherung beteiligt werden; ihm konnten nach dem damaligen Stand der Dinge und der Rechtsprechung keine Lasten aufgebürdet werden, die allein die Arbeitgeber betrafen. Die Entschädigungspflicht, die Haftpflicht der Unternehmer für Folgen von Unfällen bei der Arbeit bleibt bestehen; sie versichern sich aber gegenseitig gegen den zu erwartenden Verlust selbst, wie sich etwa ein Privatmann oder z. B. auch ein Arzt, wovon noch später des mehreren zu reden sein wird, sich gegen Haftpflicht bei einer Privatgesellschaft versichert. Diese Gesellschaft bilden nach dem Unfallversicherungsgesetz die Arbeitgeber selbst. Sie allein sind deshalb auch die materiellen Stützen dieser Arbeiterversicherung, der Arbeiter trägt zu ihren Kosten nichts bei. Eigentlich handelt es sich also gar nicht um eine Versicherung der Arbeiter, sondern nur eine solche der Arbeitgeber gegen bestimmte Verluste. Es ist diese Auffassung der Unfallversicherung nicht unbestritten geblieben, in Sonderheit ist vielfach dem Gedanken Raum gegeben worden, ob man nicht die Arbeiter mit an der Versicherung beteiligen solle, damit auch ihnen ein gewisses Interesse an der Vermeidung von Unfällen und deren Folgen zustelle; doch hat sich die Reichsregierung nicht dazu entschließen können.

Das Gewerbe-Unfallgesetz, so wie es heute besteht, ist aus einer Anzahl von gleichartigen oder doch ähnlichen Gesetzen hervorgegangen, die für verschiedene zusammengehörige Berufsklassen nacheinander erlassen wurden. Als erstes erschien 1884 ein Gewerbeunfallversicherungsgesetz, 1886 ein solches für die Unfallversicherung der Land- und Forstwirt-

schaft, 1887 für das Baugewerbe, zu gleicher Zeit für die Seeschifffahrt, endlich 1900 für die Strafanstalten. Dazu kommen noch die besonderen Vorschriften über die Unfallentschädigung bei den Staats- und Reichsbetrieben, wie Post, Heer, Marine und Eisenbahn usw. Alle diese verschiedenen Gesetze haben im einzelnen Abänderungen erfahren, sind aber auf einen Gleichklang gestimmt worden, indem man zwar nicht zu einer eigentlichen Verschmelzung geschritten ist, aber die Einrichtungen der Verwaltung und die Technik des Betriebes, das Entschädigungsverfahren insbesondere, gleichartig gestaltet hat, sofern das überhaupt die Natur der betr. Beschäftigungen zugegeben hat. Dazu ist dann ein Gesetz betr. die Abänderungen der einzelnen Unfallversicherungsgesetze erlassen worden, (5. 7. 1900), das, da es alle mit seinen Bestimmungen umfaßt, als „Mantelgesetz“ bezeichnet wird. Seine Paragraphen beschäftigen sich im wesentlichen mit der Aufhebung der ursprünglich eingerichteten Schiedsgerichte für die Unfallversicherung, für die die von den Landesversicherungsanstalten eingerichteten, territorial von einander abgegrenzten Schiedsgerichte, ehemals Schiedsgerichte für Invalidenversicherung, jetzt für Arbeiterversicherung, genannt, eintreten, sowie mit den Einrichtungen des Reichsversicherungsamts. Von beiden Institutionen wissen wir schon, daß sie als Berufungsinstanzen 1. und 2. Ordnung tätig sind, sowie daß das Reichsversicherungsamt die Aufsicht über alle Einrichtungen und Maßnahmen der staatlichen Versicherung zu führen hat. Mit der Organisation dieser beiden Instanzen werden wir uns noch eingehender zu beschäftigen haben.

Der Kreis der gegen Unfall zu versichernden Personen, oder nach den oben gemachten Ausführungen richtiger ausgedrückt, der entschädigungsberechtigten Personen ist allmählich erweitert worden, er geht zwangsmäßig über die von der Kranken- und von der Invalidenversicherung innegehaltenen Grenzen auch hinaus. Abgesehen von den in den genannten besonderen Unfallgesetzen durch ihren Namen erwähnten Berufsarten, sind nach dem allgemeinen Gewerbeunfallversicherungsgesetz, alle Arbeiter und Betriebsbeamten, wie letztere auch die Techniker, sofern nur ihr Jahresverdienst 3000 Mk. nicht übersteigt, gegen Betriebsunfälle zu versichern, wenn sie in den im Gesetz genau aufgeführten Betrieben tätig sind, oder auch, wenn sie neben denselben noch häusliche Verrichtungen bei den Arbeitgebern versehen. Zu den aufgeführten Betrieben gehören, um nur einige zu erwähnen: Bergwerke, Salinen, Steinbrüche, Werften, Bauhöfe, Fabriken, Brauereien, Hüttenwerke; von Gewerbebetrieben: die Maurer, Zimmerer, Dachdecker, Stein-

hauer, Schlosser, Schmiede, Brunnenarbeiter, Schornsteinfeger, Fensterputzer und Fleischer; ebenso die im Betriebe von Fuhrwerk, Binnenschiffahrt, Flößerei- und Baggereigeschäft, bei Speditions- und Lagereibetrieb beschäftigten Menschen; alle Transportgewerbe, ferner alle Gewerbe, die mit der Beförderung von Personen zu tun haben und schließlich die gesamten Betriebe der Post-, Telegraphen-, Eisenbahn-, Marine- und Heeresverwaltung, sowie der von diesen ausgeführten Bauten. Als Fabriken im Sinne des Gesetzes sind auch eine Reihe von Anstalten anzusehen, die im gewöhnlichen Leben nicht als solche bezeichnet werden, wenn nur bestimmte Arbeitsbedingungen, Gebrauch von Dampfkesseln, von Motoren, oder von Triebwerken anderer Art, dauernd vorhanden sind. Bei allen diesen Betrieben handelt es sich um solche, bei denen erfahrungsgemäß Unfälle durch sie selbst häufiger verursacht werden. Es ist nicht zu leugnen, daß auch bei anderen Beschäftigungen, z. B. bei einfachen häuslichen Verrichtungen der Dienstboten oder z. B. im Gastwirtsgewerbe, Unfälle sich ereignen können, obgleich hier der Zusammenhang mit dem Betrieb als solchem nicht immer leicht zu konstruieren ist. Bei diesen und ähnlichen Berufen ist aber die Gefährlichkeit so gering, daß Unfälle nur selten vorkommen, es sich also nicht lohnt, die Kosten der Versicherung und ihrer Verwaltung auf die Arbeitgeber zu verteilen. Hier kann sowohl auf Grund der alten wie noch mehr auf Grund der neuern noch viel strenger wie ehemals gefaßten deutschen Haftpflichtgesetzgebung, der Angestellte die Entschädigung für die Unfallfolgen von dem gesetzlich haftpflichtig zu machenden Arbeitgeber in jedem einzelnen Falle gerichtlich beanspruchen. Er wird in den allermeisten Fällen diesen Anspruch mit Erfolg geltend machen können.

Die Träger der Unfallversicherung sind nach Berufen organisierte „Berufsgenossenschaften“, die nur aus Arbeitgebern bestehen. Um auch hier das territoriale Moment zum Ausdruck zu bringen, sind entweder verschiedene Berufsgenossenschaften für Teile des Reichs, z. B. norddeutsche und westdeutsche Textilberufsgenossenschaft, thüringisch-sächsische Eisen- und Stahlberufsgenossenschaft, errichtet worden, oder die einzelnen Genossenschaften sind in Sektionen geteilt, z. B. Schmiedeberufsgenossenschaft, Sektion 1—14, oder aber man hat beide Methoden miteinander verbunden, so z. B. weimarische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft Sektion 1—5. Im ganzen gibt es im Deutschen Reich jetzt ungefähr 70 Berufsgenossenschaften, sie besitzen sämtlich die Eigenschaft einer juristischen Person. Aus ihren Mitgliedern wird eine bestimmte Anzahl zum sogenannten Vorstand gewählt, der die innere und

äußere Verwaltung und Vertretung der Genossenschaft zu übernehmen hat. Ebenso wird ein Sektionsvorstand gewählt, der seinerseits wieder als örtliche Genossenschaftsorgane Vertrauensmänner ernannt, und zwar aus der Reihe der Arbeitgeber. Alle diese Tätigkeiten müssen ehrenamtlich also unentgeltlich verwaltet werden; nur die entstehenden Auslagen werden ersetzt. Die Aufgaben der Vorstände der Berufsgenossenschaften bestehen in der Zusammenstellung der einschlägigen Betriebe, die von ihnen durch eine besonders gehandhabte Betriebsanmeldung zu regeln ist, ferner in der Abschätzung der einzelnen Betriebe nach ihrer Gefährlichkeit, der Bildung der sogenannten Gefahrenklassen, in der Verwaltung der angesammelten Reservefonds, der Sammlung und Verteilung der zu leistenden Beiträge und in der Festsetzung der Entschädigungen für Unfallbetroffene. Die Berufsgenossenschaften können Vereinbarungen unter einander ausmachen, ähnlich wie wir das schon bei der Invalidenversicherung unter der Bezeichnung der Gemeinlast kennen lernten, nach denen sie ihr Risiko gemeinschaftlich tragen; es können andererseits einzelne Sektionen für sich mit der Tragung ihrer einzelnen Risikos, also unter verschiedener Verteilung desselben in einer Berufsgenossenschaft belastet werden.

Der Gegenstand der Unfallversicherung ist die Entschädigungspflicht des Unternehmers. Sie ist nach unserm Gesetz vorhanden und wird von den Berufsgenossenschaften getragen bei allen sogenannten Betriebsunfällen. Der Begriff des Betriebsunfalls als solcher ist nun außerordentlich verschieden gefaßt worden. Wir halten uns am besten, um uns nicht allzusehr mit juristischen Fragen einzulassen, an eine Entscheidung des Reichsversicherungsamts (Amtl. Nachr. d. R. V. A. 1895 Nr. 4.) Danach ist unter Unfall bei einem Betriebe die nichtgewollte Einwirkung eines äußeren Tatbestandes zu verstehen, die eine Störung der körperlichen und geistigen Gesundheit nach sich zieht. Sie muß ursächlich zurückzuführen sein auf ein kurzes zeitlich bestimmbares Ereignis im Betriebe. Die Störung braucht weder die unmittelbare noch die alleinige Ursache des Unfalls zu sein. Sie kann sich vielmehr auch als Verschlimmerung eines bestehenden oder als anscheinendes Neuauftreten eines in der Anlage vorhandenen Leidens darstellen. Der Begriff Unfall, der für den Laien eigentlich nur diejenigen Ereignisse umfaßt, bei denen durch eine äußere Gewalteinwirkung, ganz besonderer und unerwarteter Art, ein krankhafter Zustand erzeugt wird, ist hier also viel weiter ausgedehnt worden; das alleinbeschränkende ist die Bedingung zur Entschädigungspflicht des Unternehmers, auf der juristisch die Un-

fallsgesetzgebung beruht, daß nämlich der Unfall bei der Betriebstätigkeit, während des Betriebes und auf dem zum Betriebe dienenden Grundstück sich ereignet habe. Geht z. B. ein Arbeiter morgens zu seiner Fabrik und fällt wegen Glätteis auf einem öffentlichen der Gemeinde zustehenden Wege, so kann er die letztere haftpflichtig machen; geschieht aber dasselbe auf dem Hofe des Fabrikbetriebes, in dem er tätig ist, und zwar während er sich bei der Arbeit befindet, so kann er Ansprüche an die Berufsgenossenschaft erheben. Ebenso ist es beim Überfahren durch einen Wagen auf öffentlicher Straße und im Gegensatz dazu bei dem gleichen Ereignis durch irgend welche Güter- oder Menschenbeförderungsmittel in einem Fabrikbetriebe. Aus dem Gesagten geht schon hervor, daß es sich bei den Folgen des Unfalls nicht immer, wie das beliebte Beiwort „traumatisch“ anzeigen könnte, um eine Wunde im eigentlichen Sinne handeln muß. Ob es sich um eine Erschütterung, Quetschung oder um eine Zusammenhangstrennung mit oder ohne Verlust von Gewebe handelt, ist gleichgültig, wenn nur überhaupt durch den Betriebsunfall eine krankhafte Störung, allein oder doch mit durch denselben hervorgerufen wird. Diese kann ihrer Natur nach dauernd oder vorübergehend sein. Als Unfallfolgen kommen in Betracht Krankheit, Siechtum und Tod. In allen Fällen ist die Entschädigungspflicht unbestreitbar.

Diese ist der Gegenstand der Unfallversicherung. Es soll Ersatz für den entstehenden Schaden entrichtet werden. Deshalb sind die Berufsgenossenschaften, leider jedoch erst nach dem Ablauf von 13 Wochen, wegen der früheren Dauer der Kassenfürsorge bis zu dieser Zeit, verpflichtet, für einen durch Unfall Erkrankten die Behandlung zu übernehmen und ihm eine Rente, d. h. Krankengeld, auszuzahlen. Hat sich der Zustand des Erkrankten nach Abschluß der Behandlung längere Zeit nicht mehr geändert, so hat die Berufsgenossenschaft verpflichtungsgemäß die Höhe der Erwerbsbeschränkung festzustellen, und dementsprechend eine Rente zu gewähren. Die Vollrente beträgt überall 66 $\frac{2}{3}$ % des Jahresarbeitsverdienstes. Ist also z. B. bei einem derartigen Kranken, nach neuerer häßlicher deutscher Wortbildung, bei einem „Verunfallten“, die Verminderung der Erwerbsfähigkeit zu 50 % berechnet worden, so würde ihm $\frac{1}{3}$ seines früheren Verdienstes als Unfallrente gewährt werden. Wenn also z. B. jemand 1200 Mk. im Jahr verdient hat, so wird er in diesem Falle 400 Mk. Unfallrente erhalten. Diese Summen, d. h. die Unfallrenten sind, wie ein Vergleich mit Seite 71 zeigt, erheblich viel größer als die Invalidenrenten. Sie sind auch nicht an besondere bestimmte Bedingungen, wie Beitragszahlungen oder Warte-

zeit geknüpft. Zu ihrem Bezug berechtigt vielmehr schon allein die Erwerbsverminderung infolge eines Betriebsunfalles. In gewissen Fällen können die Renten auf Grund unseres Gesetzes eine ganz bedeutende Höhe erreichen, die dem Kranken einen wirklichen Ersatz der verlorenen Arbeitsfähigkeit und damit des entgangenen Verdienstes gewähren. Ja, es ist sogar den Berufsgenossenschaften das Recht zugestanden worden, in Fällen völliger Hilfslosigkeit, bei gänzlicher Arbeitsunfähigkeit über den Betrag der Vollrente hinauszugehen und den Jahresarbeitsverdienst als Unfallrente zu gewähren.

Im Falle des Todes muß von den Berufsgenossenschaften ein Sterbegeld gewährt werden, das mindestens 50 Mk. oder den 15. Teil des Jahresarbeitsverdienstes betragen soll. Ferner sind den von den Gestorbenen unterhaltenen Angehörigen, Hinterbliebenenrenten zu gewähren, die für die Witwe 20%, für jedes Kind ebensoviel, im Ganzen aber nicht über 60% des Jahresarbeitsverdienstes betragen dürfen. Auch für alle anderen, die der Verstorbene mit ernährt hat, können — kleinere — Renten angewiesen werden, z. B. für Enkel und Großeltern. Für den Fall, daß die Rente unter 15% beträgt, kann die Berufsgenossenschaft den Empfängern eine Kapitalabfindung vorschlagen, bei der sie sich erfahrungsgemäß meist erheblich besser steht. Die Rentenauszahlungen erfolgen durch die Post, ähnlich wie bei den Invaliden- und Altersrenten in monatlichen Teilbeträgen im Voraus. Sie werden nur gegen bestimmte vorgedruckte Quittungen verabfolgt.

Um den Betrag der Renten jedesmal auch decken zu können, müssen von den Berufsgenossenschaften Reservefonds in bestimmter Höhe angesammelt werden, die nach gesetzlichen Bestimmungen über Anlage von Mündelgeldern verwaltet werden müssen. Aus ihnen sind die laufenden Ausgaben zu bestreiten. Die Summe der Rentenbeträge und die Verwaltungskosten eines Jahres werden nach der Zahl der Arbeiter, nach der von dem Vorstand der Berufsgenossenschaft festgesetzten Gefahrenklasse des Betriebes und nach der Höhe des Lohnes der Arbeiter auf die Arbeitgeber, auf diese allein also, verteilt. Außerdem muß der Reservefond jedes Jahr resp. bei Wachstum der Berufsgenossenschaft durch neue Betriebsgründungen, vergrößert werden.

An Stelle der Unfallrente kann von den Berufsgenossenschaften jederzeit auch nach Feststellung der Rentenansprüche Krankenhausbehandlung gewährt und angeordnet werden, während deren natürlich Angehörigenrente zu zahlen ist. Bei jeder Veränderung der Verhältnisse kann eine Neufeststellung der Rente verlangt werden. Dazu notwendigen Unter-

suchungen, abgesehen von Operationen und Narkosen, darf der Kranke sich nicht entziehen, wenn er nicht der Berufsgenossenschaft das Recht zugestehen will, ohne weiteres eine Besserung seines Zustandes anzunehmen. Um eine Krankenhausbehandlung ihren Arbeitern so rasch und so gut wie möglich zu gewähren, haben manche Berufsgenosseneigene Krankenhäuser errichtet, z. B. Bergmannstrost (Halle), Bergmannsheil (Bochum), Hermannhaus (Leipzig) usw. Das hat nur in jenen Fällen Sinn, in denen die Unfallbetroffenen sogleich in das Krankenhaus gebracht werden können. Das ist in den meisten Fällen durch die Bestimmung erschwert, daß die Berufsgenossenschaft erst nach Ablauf der 13. Woche die Fürsorge für die Kranken übernimmt, während vorher für die Angehörigen der Krankenkasse diese, für Nichtkassenmitglieder niemand zu sorgen hat. Nur da, wo die berufliche Organisation der Kranken- wie der Unfallversicherung beide Einrichtungen einander örtlich nahe bringt, wo eine die andere unterstützt und mit ihr Hand in Hand arbeitet, wie z. B. bei den Knappschaften der Bergleute, kann es sich für die Berufsgenossenschaften lohnen, eigene Krankenhäuser zu bauen. Hier wird der Unfallbetroffene von vornherein in gemeinsame Kranken- und Genossenschaftsfürsorge genommen.

Das Gesetz erlaubt den Berufsgenossenschaften übrigens auch die Gründung von Invalidenhäusern, in denen Unfallrentner gegen Aufgabe ihrer Bezüge verpflegt werden können. Doch scheint diese Einrichtung sich keiner Beliebtheit zu erfreuen, wohl weil die Höhe der Unfallrenten ihren Empfängern gestattet, sich auf mancherlei ihnen bequemere Weise Unterhalt und Fürsorge zu verschaffen.

Wie die Versicherungsanstalten das Recht erhalten haben, prophylaktische Maßnahmen gegen den Eintritt der Invalidität zu treffen, die sie durch Übernahme des Heilverfahrens zu verhüten suchen, so steht es auch den Berufsgenossenschaften frei, Vorkehrungen gegen das Eintreten von Unfällen einzurichten und auszuüben. Zu diesem Zweck werden einmal die bei der Unfallversicherung beteiligten Betriebe genau überwacht, die Beiträge nach der Höhe der Betriebsgefahren bemessen, nachdem die einzelnen Betriebe in Gefahrenklassen eingereiht sind, und so es in das Interesse des Unternehmers gelegt, die Betriebsgefahren möglichst zu vermindern. Ferner haben bisher etwa 65 Berufsgenossenschaften Unfallverhütungsvorschriften erlassen. Betreten Sie, m. H. ! einen Arbeitssaal oder einen Fabrikraum, was ich Ihnen im Interesse Ihrer allgemeinen Ausbildung und u. a. auch zum besseren Verständnis aller der Dinge, die wir hier in diesen Vorträgen besprechen, nur recht

dringend raten kann, so oft wie möglich zu tun, so werden Sie große Tafeln mit der Überschrift „Unfallverhütungsvorschriften“ bemerken. Sie enthalten gewisse Bestimmungen über die seitens des Unternehmers auszuführenden Schutzvorrichtungen für die Arbeiter, dann aber Ermahnungen und Vorschriften für die Arbeiter selbst, welche Dinge von ihnen bei dem betreffenden Betriebe zu beachten sind. Diese Vorschriften sind nach den einzelnen Betrieben ausgearbeitet, und sind je nach Lage und Art des Betriebes, nach den angewandten Maschinen, nach der Gefährlichkeit der angewendeten Rohstoffe, verschieden. Die Unternehmer können von der Berufsgenossenschaft, wenn sie die ihnen gemachten Vorschriften außer acht lassen, in hohe Geldstrafen genommen werden. Sie haben sogar vielfach technisch gebildete, mit den Einrichtungen der Betriebe vollständig vertraute Aufsichtsbeamte angestellt, die von Zeit zu Zeit die Fabriken zu besuchen haben und vorhandene Widerhandlungen anzeigen und beseitigen müssen. — Diese berufsgenossenschaftlichen Beamten dürfen nicht mit den staatlichen gewerbehygienischen Aufsichtsbeamten verwechselt werden, die die Gefährlichkeit der Betriebe nicht nur mit Bezug auf Unfälle, sondern überhaupt auf die Schädigung der Gesundheit des Arbeiters zu untersuchen haben. Bei den letzteren handelt es sich eben so sehr um Unfallvorschriften, wie um die Vermeidung besonders schädlicher dauernder Einwirkungen auf die Arbeiter, z. B. die Staub- oder Gifteinatmung, der Giftaufnahme auf anderem Wege, der Arbeit in bestimmter Wärme oder in bestimmtem Licht usw.

Die Beaufsichtigung der Berufsgenossenschaften liegt in den Händen des Reichsversicherungsamts, das die Stelle einer vorgesetzten Behörde darstellt. Alle verwaltungstechnischen Streitfragen sind von diesem zu behandeln, alle Streitigkeiten der Berufsgenossenschaften unter einander und mit den Versicherungsanstalten, die besonders in Kompetenzfragen nicht selten sind, unterliegen der Entscheidung dieser Zentralbehörde. Die Entscheidungen derselben sind nicht anfechtbar.

Ist nun in einem Betriebe ein Ereignis eingetreten, das als Betriebsunfall bezeichnet werden kann, so soll es mit alleiniger Ausnahme des Falles, daß es nur eine Arbeitsunfähigkeit von 3 Tagen an dem betroffenen Arbeiter bewirkt, dem Organ der Berufsgenossenschaft — je nach den Bestimmungen entweder der Vorstand der Sektion und der ortsansässige Vertrauensmann — und der Ortspolizeibehörde angezeigt werden. Solche Unfallanzeigen haben auf besonderen vorgedruckten Formularen zu geschehen. Sie sollen folgendes enthalten: den Betrieb, in dem sich der Unfall ereignet hat, den Personenstand der betroffenen Person, die

Art der Einwirkung auf den Betroffenen, den Zustand desselben; ferner, ob sie einer Krankenkasse angehört, die Zeit und den Hergang des Unfalls, die Augenzeugen desselben, besondere Bemerkungen über etwaige schuldhafte Zustände oder Personen und den Namen des behandelnden Arztes. Selbstverständlich bedarf es auch eines Nachweises der Zugehörigkeit des betr. Betriebes zur Berufsgenossenschaft. Die Unfallanzeige hat mindestens nach 3 Tagen zu erfolgen, nachdem der Betriebsunternehmer Kenntnis von demselben erhalten hat. Diese letzte Vorschrift kann oft nicht eingehalten werden, da es vorkommt, daß eine Unfallfolge, nachdem sie zunächst nur 3 Tage, oder auch noch weniger, ja gar keine Arbeitsunfähigkeit bedingt hat, sich erst später deutlicher zeigt, oder daß krankhafte Erscheinungen später von den Kranken auf einen solchen leichten, unmittelbar nicht besonders schweren Unfall zurückgeführt werden.

Die Ortspolizeibehörde, an die das gleiche Formular ausgefüllt abzugeben ist, ist verpflichtet, jeden so gemeldeten Unfall einer Untersuchung zu unterziehen. Die Stelle des Betriebes, an der der Unfall sich ereignet hat, soll besichtigt werden, die Angaben der Unfallanzeige kontrolliert und die Aussagen des „Verunfallten“ und der Zeugen des Unfalles protokolliert werden. Ferner wird Auskunft über die von dem Erkrankten unterhaltenen Personen und etwa schon von ihm bezogene Renten verlangt.

Nach diesen beiden Unterlagen kann die Berufsgenossenschaft die Rentenberechtigung, resp. Entschädigung feststellen. Der Erkrankte befindet sich zunächst in der Fürsorge der Krankenkasse, jedenfalls hat die Berufsgenossenschaft kein Interesse an ihm bis zum Ablauf der 13. Woche, wo ihre Entschädigungspflicht beginnt. Vorher jedoch, von der 5. Woche an, muß der Unternehmer das Krankengeld, das von der Kasse gezahlt wird, von der Hälfte auf mindestens $\frac{2}{3}$ des bei der Berechnung desselben zugrunde gelegten Arbeitslohnes aus eigenen Mitteln erhöhen. Arzt, Arznei und andere etwa notwendig werdende Heilmittel, also auch den Aufenthalt im Krankenhaus, bezahlt für den Unfallbetroffenen zunächst die Krankenkasse. Doch sind die Berufsgenossenschaften berechtigt, ihrerseits das Heilverfahren zu übernehmen, oder teilweise auf ihre Kosten durch die Krankenkassen die Fürsorge für den Kranken übernehmen zu lassen, auch wenn höhere Auslagen notwendig werden. Viele Leute, die der Versicherung gegen Unfall unterliegen, gehören aber nicht zu Krankenkassen. Was diese zur Beseitigung der Unfallfolgen in dem ersten Vierteljahr nach dem Unfall tun, steht außerhalb des Aufsichts- und Machtbereiches der Berufsgenossenschaften, ja ist sogar durch einen Entscheid des Reichsversicherungsamtes soweit in die Hände des Erkrankten gelegt,

daß die Behandlung durch einen Kurpfuscher nicht gehindert werden kann, obgleich sie alles andere als etwa Nutzen für die Berufsgenossenschaften mit sich bringt.

Die Feststellung der Entschädigung hat sofort zu erfolgen, wenn der Anspruch auf dieselbe anerkannt worden ist. Die Bestimmung des Grades der Erwerbsfähigkeit ist Sache der Berufsgenossenschaft, nicht Sache des Arztes. Doch ist es nur natürlich, wenn die erstere den Arzt auffordert, seine Ansicht über die Höhe der Beeinträchtigung in bestimmten Zahlen auszudrücken. Immerhin ist hier für den zur Begutachtung aufgeforderten Arzt sorgfältige Rücksichtnahme auf das Ersuchen der Berufsgenossenschaft notwendig und dringend zu empfehlen. Wir werden des weiteren über die Tätigkeit des Arztes bei der Unfallversicherung zu sprechen haben. Die Feststellung der Entschädigungen kann durch Vertrauensmänner, besondere Kommissare, durch den Sektionsvorstand oder durch einen Ausschuß desselben erfolgen. Das Gesetz bestimmt, daß, falls auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Entschädigung abgelehnt oder nur zum Teil anerkannt wird, der behandelnde Arzt zuvor zu hören ist.

Die Höhe der Rente ist nach dem schon behandelten Verfahren zu berechnen und durch die Post dem Erkrankten anzuzeigen.

Die Unfallrente bleibt solange in einmal anerkannter Höhe bestehen, bis sich im wieder aufgenommenen Verfahren eine Veränderung der Verhältnisse herausgestellt hat. Die Berufsgenossenschaften haben natürlich das Recht sich während der Zeit der Rentenzahlung um ihre Empfänger zu kümmern und feststellen zu lassen, ob die Erwerbsfähigkeit wieder gewachsen ist.

Die verschiedenen Möglichkeiten der Tätigkeit der Berufsgenossenschaften sind die folgenden: Der Fall kann einmal so liegen, daß der Unfallkranke nur für die Dauer der Behandlung als erwerbsbeeinträchtigt zu gelten hat. Er erhält während dieser Zeit nach Ablauf der ersten 13 Wochen die Vollrente, wenn er ganz erwerbsunfähig ist oder wenn er durch die Natur der ärztlichen Behandlung, z. B. durch die notwendige Ruhe bei dem Bruch eines Knochens, gezwungen ist, oder wenn es der Arzt für die Heilung resp. Besserung für notwendig erachtet, die Arbeit ruhen zu lassen. Die Berufsgenossenschaft ist weiter verpflichtet zur Lieferung von freier Arznei, ärztlicher Behandlung und von Apparaten, die zur Sicherung des Erfolges des Heilverfahrens und zur Erleichterung der Folgen der Verletzung erforderlichen Hilfsmittel, als da insbesondere sind Krücken, Stützapparate, künstliche Glieder u. a. Während des Krankenhausaufenthaltes, der nur in besonderen Fällen ohne Einwilligung

des Betroffenen und seiner Angehörigen angeordnet werden kann, wird den Angehörigen diejenige Rente ausbezahlt, die ihnen im Fall des Todes des Kranken zustände.

Nach Abschluß eines Heilverfahrens soll jedesmal die Höhe der entschädigungspflichtigen Erwerbsunfähigkeit neu festgestellt werden. Die Rente erhält damit den Charakter der Dauerrente und kann nur von bestimmten Organen der Unfallversicherung festgesetzt werden. Die Berufsgenossenschaften sind sowohl berechtigt, jederzeit eine neue Feststellung zu veranlassen, wie jederzeit ein neues Heilverfahren einleiten zu lassen.

Die Rente ist für den Fall der gleichbleibenden dauernden Erwerbsbeschränkung lebenslänglich, d. h. sie erlischt mit dem Tode des Betroffenen. Sollte nachgewiesen werden können, daß ein früher erlittener Unfall resp. dessen Folgen, nachdem bereits eine Dauerrente zuerkannt und gewährt worden ist, den später erfolgenden Tod der betroffenen Person mit verursacht oder beschleunigt hat, so sind die Angehörigen berechtigt, Ansprüche an die Berufsgenossenschaft zu stellen. Dieser Nachweis ist aber oft so schwer mit Sicherheit oder auch nur mit Wahrscheinlichkeit zu führen, daß trotz der vielen Versuche, die von Angehörigen so Verstorbenen immer wieder gemacht werden, doch nur selten einer zu Erfolgen führt. Es ist sowohl der tatsächliche Nachweis des Zusammenhanges der Todeskrankheit mit dem Unfall und auch die ärztliche Beurteilung eines solchen Zusammenhanges für die Zwecke der Unfallversicherung ganz außerordentlich schwierig, und sollte nur versucht werden, wenn aus allen Zeiten der Erkrankung ärztliche Zeugnisse vorliegen und wenn eine vollständige Sektion gemacht worden ist.

Nur für ganz bestimmte Fälle ist ein Ruhen der Renten vorgeschrieben, nämlich wenn der Empfänger eine einen Monat an Dauer überschreitende Freiheitsstrafe verbüßt, wenn er sich als Ausländer nicht im Inland, oder als Inländer im Auslande unbekannter Weise aufhält. Für die Grenzbezirke können besondere Vorschriften erlassen werden.

Im übrigen sind die Unfall-, ebenso wie die Invalidenrenten unpfändbar und können nur von Staat und Gemeinde zur Deckung etwa in gesundheitlicher Fürsorge gemachter Ausgaben abgehoben werden. Forderungen zivilrechtlicher Natur können auf sie nicht geltend gemacht werden.

Ist der vom Unfall Betroffene mit einer Entscheidung der Berufsgenossenschaft, die ihm auf alle Fälle schriftlich zu überreichen ist, nicht einverstanden, so kann er innerhalb ihm gleich bei dem Bescheid anzugebender Frist bei dem Schiedsgericht Berufung dagegen ein-

legen. Dies kann geschehen in irgend einer schriftlichen Form, wenn nur diese seine Willensäußerung mit triftigen Gründen, die die Sache selbst angehen, darin enthalten ist. Jedes Schiedsgericht besteht aus einem ständigen Vorsitzenden und aus Beisitzern. Der Vorsitzende wird aus der Zahl der öffentlichen Beamten von der Zentralbehörde desjenigen Bundesstaates, in welchem der Sitz des Schiedsgerichts ist, ernannt. Die Beisitzer werden von dem Ausseß der Versicherungsanstalt, und zwar zu gleichen Teilen aus Arbeitgebern und Arbeitnehmern gewählt. Die Hilfsbeamten des Schiedsgerichts sind Beamte der Versicherungsanstalt. Das Schiedsgericht hat bei Beginn eines jeden Geschäftsjahres, in der Regel nach Anhörung der für den zuständigen Bundesstaat zuständigen Ärztevertretung, in Preußen also der Ärztekammer aus der Zahl der am Orte des Schiedsgerichts wohnenden approbierten Ärzte diejenigen auszuwählen, die es als Sachverständige bei den Verhandlungen zuziehen will. Denselben ist gesetzmäßig die Erlaubnis zur Einsicht in die Akten der Berufsgenossenschaft und ins Schiedsgericht vor oder während der Verhandlung zu gewähren. Die Entscheidungen des Schiedsgerichtes werden den Berufsgenossenschaften und dem Rentenkläger zugestellt und zwar in der Regel unter Anführung der für die Entscheidung maßgebenden Gründe, darunter also auch der eventuell zugezogenen ärztlichen Gutachten. Bei der Abfassung derselben muß sowohl die Möglichkeit im Auge behalten werden, daß sie für Laien zur Benutzung für den Entscheid des Schiedsgerichtes verständlich sind, wie auch, daß sie in ihrem wesentlichen Teile dem untersuchten Kranken selbst mitgeteilt werden.

Die Entscheidungen der Schiedsgerichte sind berufungsfähig, und zwar sowohl von Seiten der Berufsgenossenschaften, wie der Unfallkranken. Beiden müssen die Entscheidungen zugestellt werden, gleichzeitig mit der Angabe, innerhalb welcher Zeit eine Berufung einzureichen sei; diese geht an das Reichsversicherungsamt.

Das Reichsversicherungsamt hat seinen Sitz in Berlin. Es besteht aus ständigen und nicht ständigen, d. h. gewählten Mitgliedern. Die ersteren und der Präsident des Amts werden vom Kaiser auf Vorschlag des Bundesrats für Lebenszeit ernannt; ebenso aus ihnen heraus die Direktoren und die Vorsitzenden der einzelnen Senate; die Beamten ernennt der Reichskanzler. Sechs der nichtständigen Mitglieder werden vom Bundesrat gewählt, sechs von den Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten und sechs von den Arbeitnehmern, die als Beisitzer der Schiedsgerichte tätig sind. Die Entscheidungen des Amts sind end-

gültig. Die Verhandlungen finden in Senaten statt. Die Kosten des Amtes und des Verfahrens vor demselben trägt das Reich, abgesehen von denen, die durch Mutwillen, Verschleppung und Irreführung verursacht worden sind. Die ständigen Mitglieder bekommen ein bestimmtes Gehalt, die nichtständigen eine besonders festzusetzende Vergütung und freie Reise.

An Stelle des Reichsversicherungsamtes können in den einzelnen Bundesstaaten sog. Landesversicherungsämter errichtet werden. Solche bestehen in Bayern, Sachsen, Württemberg, Hessen, Baden, den beiden Mecklenburg und Rußl. a. L. Ihre Zuständigkeit entspricht der des Reichsversicherungsamtes, aber nur für die Berufsgenossenschaften, deren Betriebe in dem betreffenden Bundesstaat gelegen sind. Im wesentlichen stellen sie ein Zugeständnis an die bundesstaatliche Souveränität dar, wenn sie auch andererseits eine gewisse Entlastung des Reichsamtes bedeuten. Dieses nämlich ist dauernd so stark überlastet, daß fortwährend die Anzahl der vorhandenen Senate hat erhöht werden müssen. Trotzdem ist es eine nicht unberechtigte Klage, daß oft monatelang auf die Entscheidungen gewartet werden muß.

Das Verfahren vor dem Reichsversicherungsamt ist zunächst schriftlich, indem beide Parteien zu Schriftsätzen über ihre Ansprüche und zu deren Begründung aufgefordert werden. Die Entscheidung erfolgt in besonders anberaumter Sitzung, in der beide Parteien entweder selbst oder durch Anwälte vertreten, gegenwärtig sein sollen. Die Fällung des Urteils geschieht „im Namen des Reichs“.

Für die Reichs- und Staatsbetriebe, z. B. für Post und Eisenbahn, sind keine besonderen Berufsgenossenschaften errichtet, sondern die Behörden dieser Betriebe übernehmen die Pflichten und Rechte derselben. Die Berufung geht von ihnen aus nicht an Schiedsgerichte und Reichsversicherungsamt, sondern auf dem Verwaltungswege an die nächsthöhere Behörde; im übrigen aber sind die Leistungen aber bei diesen Betrieben für die Folgen von Unfällen genau die gleichen wie bei den Berufsgenossenschaften.

Achte Vorlesung.

Arzt und staatliche Unfallversicherung.

Interesse der Ärzte an Unfallkrankheiten. Verschiedenheit der Unfallfolgen. Psychisches Trauma. Veränderungen am Organismus als Folgen von Unfällen. Direkte und indirekte Unfallfolgen. Der Locus minoris resistentiae. Si duo faciunt idem, non est idem. Verschlimmerung einer bestehenden Krankheit durch einen Unfall. — Praktische Fragen: Carcinom, Lungentuberkulose, Herzkrankheiten; Hernien, Neurosen, Psychosen, Bedeutung des Rentenkampfes.

Begutachtung von Unfallkranken. Höhe der Entschädigung. Tabellen. Hilfsmittel bei der Abschätzung.

Literatur:

1. Becker, Lehrbuch der ärztlichen Sachverständigentätigkeit für die Unfall- und Invaliditätsgesetzgebung. Berlin 1895.
2. Stern, Traumatische Entstehung innerer Krankheiten. Jena, G. Fischer, 1900.
3. Windscheid, Unfallnervenkrankheiten im Handbuch der sozialen Medizin. Jena, G. Fischer, 1905.

M. H.! Die Übersetzung des Wortes Unfall mit Trauma, viel mehr aber noch die allgemein gebräuchliche Bezeichnung von Unfallfolgen als traumatischer Krankheiten hat es bewirkt, daß lange Zeit der Begriff Unfall dem einer Verletzung gleichgestellt wurde. Man dachte unwillkürlich bei „Unfall“ an abgerissene Gliedmaßen, die durch Maschinenkraft zertrümmert und verletzt worden waren, an den Verlust z. B. des Augenlichts oder an den Tod als Folge eines derartigen Ereignisses. Dementsprechend haben sich, abgesehen von den pathologischen Anatomen und mit ihnen den gerichtlichen Medizinern — für die traumatischen Todesfälle — vorwiegend die Chirurgen, überhaupt die externe Medizin, soweit man heutzutage überhaupt noch von einer solchen sprechen kann, mit den Unfallkrankheiten beschäftigt. Erst neuerdings, man kann sagen seit der ersten Novelle des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes, und intensiver auch hier erst in den letzten drei Jahrzehnten,

haben wir Ärzte gelernt, daß es auch andere, sagen wir einmal tiefer oder innerlicher gelegene Unfallfolgen gibt, ja daß dieselben sogar erheblich zahlreicher und verschiedenartiger sind, als diejenigen, die speziell den Chirurgen interessieren. Die letzteren unterscheiden sich weiterhin darin noch von den anderen Unfallkrankheiten, daß sie meist ganz erheblich viel einfacher und leichter in bezug auf die von ihnen verursachte Erwerbsverminderung zu beurteilen sind. Über die Entstehung innerer Krankheiten infolge von Unfällen war uns bisher verhältnismäßig wenig bekannt. Erst die reiche Kasuistik, die durch die Unfallversicherungsgesetzgebung veranlaßt wurde, und ihre genaue Festlegung in den Akten der Berufsgenossenschaften in den zahlreich notwendig gewordenen ärztlichen Gutachten hat uns die oft sehr verwickelten Verhältnisse und Beziehungen erschlossen, die zwischen akuten und chronischen inneren Krankheiten und Unfällen aller Art bestehen. Die Gesetzgebung hat eine ganz neue Seite ärztlicher Wissenschaft hier aufgedeckt; sie hat auch Untersuchungen experimenteller Art in reicher Fülle angeregt und hervorgebracht und hat ferner Untersuchungen rein statistischer und kasuistischer Natur veranlaßt, deren Resultate wiederum den Entscheidungen ihrer Organe zu nutze kommen können.

Wenn wir uns den Begriff des Betriebsunfalles, so wie er auf Seite 110 nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamtes angeführt worden ist, wieder vor Augen halten, so werden wir bald einsehen, daß bei einer Unfallfolge nicht immer nur mit Verletzungen mit Substanzverlusten menschlichen Gewebes gerechnet werden darf. Es kann sich ebenso gut um die Zertrümmerung oder Zerreißung unterhalb der Haut gelegener Organe handeln, ja sogar um solche Veränderungen an den Organen in der Tiefe des Körpers, ohne daß an der Oberfläche auch nur die leisesten Spuren einer äußeren Gewalteinwirkung zu bemerken sind. Man denke hierbei an die subkutanen, linearen Knochenbrüche, an feine Rißfrakturen des knöchernen Schädels, an Muskelzerreißung, an Blutungen, oder z. B. an ohne Verletzung der Haut erfolgende Zertrümmerungen von Leber oder Milzgewebe. Hierher gehören auch die Fälle von Zerreißung innerlicher Blutgefäße. Bewegen wir uns von hier ausgehend, auf der absteigenden Linie, so käme weiterhin die einfache Quetschung meist mit Bluterguß und schließlich die einfache Erschütterung als gelindeste äußere Gewalteinwirkung in Betracht. Daß eine Erschütterung, hervorgebracht z. B. durch einen Stoß, dauernd die Funktion irgend eines Organs behindern kann, ist äußerst zweifelhaft. Neben der Wirkung auf die Einzelteile des Körpers kommt die

auf den allgemeinen Zustand des Nervensystems wesentlich mit in Betracht, zumal die Anzahl der Personen mit ganz intakter Funktion des Nervensystems heutzutage sicher im Abnehmen, die der neurasthenischen und hysterischen Personen ebenso sicher im Zunehmen begriffen ist. Es muß freilich eigenartig berühren, wenn man immer wieder die Beobachtung macht, daß nur die leichteren Arten von Unfällen, nämlich Quetschung und Erschütterungen an irgend welchen Körperstellen mit den Symptomen allgemeiner nervöser Erkrankung einhergehen, während Sie, m. H.! wenn Sie nur einigermaßen oft auf diesem Gebiete tätig sind, alsbald die unzweifelhafte Beobachtung machen werden, daß Leute, die einen schweren Unfall davongetragen haben, z. B. durch Verstümmelung, Verletzung oder Zertrümmerung, obgleich der sogenannte Shok auf das Nervensystem hier ein viel erheblicher gewesen sein muß, häufig erst dann an allgemeinen nervösen Symptomen erkranken, wenn die Erscheinungen organischer Krankheit verschwunden sind.

Man hat auf Grund der Erfahrungen, die die Ärzte mit Unfallkrankheiten gemacht haben, neuerdings auch von dem sogenannten „psychischen Trauma“ gesprochen. Ein solches würde etwa anzunehmen sein, wenn ein außergewöhnliches Betriebsereignis, z. B. ein Brand oder eine Explosion, bei Arbeitern des betreffenden Betriebes, ohne daß ihnen körperliche Schädigungen zustießen, Störungen der Gesundheit, meist des allgemeinen nervösen Zustandes oder der normalen psychischen Erscheinungen auftreten ließe. Im Ganzen ist die ursächliche Rolle dieses psychischen Traumas, abgesehen von den eigentlichen Psychosen schwer zu beurteilen, und ist, vielleicht eben deshalb, nicht selten Gegenstand eines hartnäckigen Rentenstreites, durch dessen stete Aufregungen, Vorspiegelungen und Hoffnungen auf sorglose Einnahme die Rentenansprecher meist noch immer erregter, in ihrem Sinn also kränker, und zwar „natürlich“ infolge des Unfalls, gemacht werden.

Wollen wir uns in exakter Weise Rechenschaft über die unmittelbaren Folgen von Unfällen unterrichten, so haben wir uns an die pathologische Anatomie, die allgemeine Pathologie und an die Physiologie der Organe zu wenden. Wir folgen dabei am besten einem Schema, das R. Stern aufgestellt hat.

Unfallfolgen können nach ihm erstens Störungen der Zirkulation verursachen. Solche sind lokal bedingt, z. B. Hyperämie, Stase, Blutung, Emigration der roten Blutkörperchen, Thrombose und Lymphergüsse. Allgemeine Störungen der Zirkulation, die als Unfallfolgen in Betracht kommen, sind im wesentlichen Blutdruckveränderungen, die ihrerseits

wieder, wie Ihnen bekannt sein wird, bei niedrigem Druck mangelhafte Bewegung der Blutmasse, bei erhöhtem Druck Sprengung von krankhaft veränderten Gefäßen, Abschleuderung von Thrombenteilen und andere gefährliche Ereignisse zur Folge haben können.

Von örtlichen Störungen des Nervensystems können die Lähmung sowohl wie die Reizung des einzelnen Nerven durch Unfall hervorgerufen werden. Trennung und Druck auf ihn wird die erstere, leichtere Veränderungen in der Umgebung des Nerven die letztere hervorrufen. Von allgemeinen Erscheinungen des Nervensystems ist vor allem der „Shok“ zu erwähnen, an dessen Vorkommen nicht mehr gezweifelt werden darf. Und wir können uns heute leicht vorstellen, daß ein Organsystem, das einmal stark beschädigt worden ist, in seiner Empfindlichkeit, und zwar nach der Seite der erhöhten Reizbarkeit hin, verändert wird.

Von Störungen der speziellen Funktion der einzelnen Organe kann hier bei dieser allgemeinen Besprechung natürlich nicht die Rede sein: es ist aber leicht einzusehen, daß die Funktion eines Organs wenigstens zeitweise minderwertig werden muß, wenn durch irgend ein äußeres Ereignis Teile von ihm anatomisch geschädigt oder ausgeschaltet worden sind. Bei der Bewertung dieses Funktionsausfalles ist das Reparationsvermögen des einzelnen Organs und das Vikariierungsvermögen mehrfach vorhandener Organe und der verwandten Gewebe und Apparate in Betracht zu ziehen.

An indirekten Einwirkungen von Unfällen auf den körperlichen Zustand sind vor allen Dingen im Anschluß an eigentliche Verletzungen die einfachen Entzündungen, in ihrer Folge aber auch die weitergehenden Eiterungen, endlich die septischen und pyämischen Erscheinungen zu rechnen. Als Folgen solcher lokalen Entzündungen finden wir oft die Nekrose des parenchymatösen Gewebes, verbunden mit toxischer Degeneration der Nachbarzellen und Ausgang in bindegewebige Narben, sofern es nicht zu weitergehenden Nekrosen größerer Teile des Organs kommt. Als indirekte Folgen von Unfällen können nach Anschauung mancher Ärzte gelegentlich auch Geschwülste, besser wohl Geschwulstmetastasen angesehen werden. Diese Frage ist außerordentlich verwickelt, und schwer einwandsfrei zu beantworten, solange wir über die Ursachen und über die Entstehung der bösartigen Geschwülste noch nicht näher unterrichtet sind, und solange es nicht möglich ist, durch „experimentell erzeugte Unfälle“ bei Tieren Geschwülste hervorzurufen.

Neben den Funktionsstörungen an den direkt betroffenen Organen

kommen noch Infektionen anderer Art als indirekte Unfallfolgen in Betracht. So kann durch eine Verletzung eine Eingangspforte für Krankheitserreger geschaffen werden. Es ist nicht nötig, hierbei nur an die Sepsis zu denken; es kommen eine Reihe von andern Krankheitserregern, z. B. der Tuberkelbazillus, ebenfalls für die Aufnahme von der äußeren Haut aus auch mit in Betracht. Erschütterungen einzelner Körperteile, in denen sich die alten Reste ehemaliger entzündlicher, wie überhaupt bakterieller Erkrankungen im latenten Zustande befinden, alte Herde, wie wir sie zu bezeichnen pflegen, können die letzteren zu neuem Leben erwecken. Auch dabei ist speziell an die Tuberkulose zu denken, ebenso aber auch z. B. an die Osteomyelitis, die durch Stoß auf einen Knochen, in dem sie sich früher einmal abgespielt hat, wieder zu neuem Aufflammen gebracht werden kann. Die Anschauung von dem *locus minoris resistentiae*, der durch eine äußere Einwirkung auf den Menschen gesetzt werden kann, ist im Anschluß an die konkreten Fälle, die bei der Begutachtung Unfallbetroffener zur Kenntnis der Ärzte gekommen sind, viel erörtert und wohl auch ziemlich allgemein als berechtigt angenommen worden. Wie ein Phthisiker eine lobäre Pneumonie schlecht verträgt, so können auch andere Organe durch die Veränderungen, die, wenn auch gelegentlich nur gering, durch Unfälle erzeugt werden und bestehen bleiben, so geschädigt werden, daß sie dem Eindringen von Krankheitserregern oder der Einwirkung von anderen Krankheitsursachen nicht den Widerstand entgegensetzen können, wie ein gesunder Körper; sie werden deshalb eher ergriffen. Das bekannteste Beispiel für den freilich nicht durch Unfall herbeigeführten *locus minoris resistentiae* geben die Lungenspitzen bei der Tuberkulose ab, bei denen bekanntlich die Stenose der oberen Thoraxapertur, die schlechte Versorgung mit Blutgefäßen und die eigenartige sterische Anordnung der Verzweigungen des Bronchialbaumes als Ursachen für die häufige primäre Ansiedlung der Tuberkelbazillen in ihnen angeführt werden. Es ist übrigens eine experimentell nachgeprüfte Tatsache, daß bei Tieren Stellen, an denen durch äußere Gewalteinwirkungen Blutungen oder Gewebezetrümmerungen hervorgebracht worden waren, besonders empfindlich für nachträgliche Infektionen sind. Leider lassen sich solche Versuche, die für die Beurteilung von Unfallfolgen von ausschlaggebender Bedeutung sein können, nicht auch oder doch nur in Ausnahmefällen für innere Erkrankungen anstellen. Immerhin wäre es ein dankbares Beginnen, solche Experimente zu versuchen. Gerade neuerdings sind wir hier durch die Möglichkeit, eine Reihe menschlicher interner Leiden auch beim Tier hervorzurufen, in bessere Lage gekommen. Ich erinnere an

Erkrankungen des Nervensystems, an die Arteriosklerose oder Arterionekrose, an Nephritis, an Magengeschwür und Darmverwachsungen, -Verschluß oder -Verschlingungen, an die eigenartigen malignen Geschwülste bei Mäusen, Hunden, Pferden, Fischen, von den verschiedenartigen Infektionskrankheiten ganz abgesehen. Es drängen sich für jeden, dem Pathologen, dem Kliniker sowohl wie dem Versicherungspraktiker, eine Menge von Fragestellungen auf, die wahrscheinlich nicht allzu schwierig, was die technische Seite anlangt, wenigstens, zu beantworten sind.

Bei den bisherigen Betrachtungen haben wir, m. H.!, wie Sie sich erinnern werden, vorausgesetzt, daß der Unfall einen absolut normalen Körper trafe. Das ist aber nur in höchst seltenen Fällen so; wenn wir zunächst von eigentlichen Krankheiten ganz absehen, so ist doch der Zustand des einen Organismus nie dem des andern gleich; sie sind wechselnd empfänglich, ihre Disposition ist nach vielen Seiten hin verschieden. Si duo faciunt idem, non est idem; wenn der gleiche Unfall — obgleich auch diese Voraussetzung fast unmöglich oder doch höchst unwahrscheinlich ist — zwei Menschen trifft, so werden die Folgen wohl ähnlich, aber niemals die gleichen sein. Dabei kommt es sowohl auf den gerade im Augenblick des Unfalles bestehenden Zustand an, wie auf den allgemeinen Status; der eine Körper ist robuster, kräftiger, widerstandsfähiger von Natur aus wie ein anderer; schon die subjektiven Beschwerden werden von dem einen, abgehärteten viel leichter ertragen als von einem verweichlichten; und nun gar die Unterschiede in der Gesundheit der einzelnen Organe. Ein Mensch mit schlaffem Herzen, einer mit engem oder mit verkalktem Arteriensystem, jemand in der Rekonvaleszenz von einem Typhus, oder mit einer beginnenden Tabes werden die Folgen eines Unfalles ganz verschieden zu verspüren bekommen. Die Beschränkung seiner Erwerbsfähigkeit wird viel größer werden, als bei einem Gesunden, und noch viel erheblicher als bei einem ausgesucht kräftigen Menschen. Jemand mit einem Nervensystem, das zu funktionellen Erkrankungen neigt, reagiert z. B. auf einen Shok naturgemäß sehr viel stärker und wohl auch nachhaltiger als eine andere Person mit gesunden Nerven. Ebenso ist es bei den psychischen Erkrankungen. Das sind alles Fragen, deren Behandlung auf Grund von Erfahrungen uns erst die Unfallversicherung zugänglich gemacht hat. Sie werden vielleicht finden, daß sich die Dinge, so wie ich sie eben vorgetragen habe, eigentlich ganz von selbst verstehen. Das tun sie auch; nur haben wir Ärzte früher nichts oder viel weniger davon gewußt als heute, wo die traumatische Entstehung und Beeinflussung innerer und äußerer Leiden Gegenstand des lebhaften Interesses sehr vieler Ärzte bildet.

Besteht bei einem Menschen eine Krankheit, so ist es in vielen Fällen möglich, daß dieselbe durch einen Unfall verschlimmert wird; sei es, daß gerade das erkrankte Organ besonders betroffen wird, z. B. eine phthisische Lunge durch einen Rippenbruch, oder daß allgemeine Folgen des Unfalles die Beschwerden, die durch die Krankheit hervorgerufen werden, verschlimmern, z. B. eine traumatische Ischias durch Neurasthenie oder Hypochondrie. Ja, beide, die wegen ihrer geringen Beschwerden nicht beachtet worden sind, von denen die befallenen Personen vielleicht nicht einmal etwas gewußt haben, sodaß sie sich für gesund hielten und Vollarbeit verrichteten, können sich durch einen Unfall erst so steigern, daß sie jetzt erst Bedeutung für die Abschätzung der Erwerbsfähigkeit gewinnen. Nach mehrfachen Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes ist die durch einen Unfall hervorgerufene Verschlimmerung eines Leidens so zu beurteilen, als ob die ganze Erwerbsunfähigkeit, die nach der Verschlimmerung besteht, nur durch den Unfall hervorgerufen sei, als ob der Unfall einen Gesunden getroffen habe. Die Berufsgenossenschaften haben bei der Festlegung der Entschädigung nicht die vorherige Gesundheit oder den Grad derselben festzustellen, sondern von der Tatsache auszugehen, daß der Betreffende gearbeitet hat, Volllohn verdient hat, und also für ihren in Betracht kommenden Maßstab voll arbeitsfähig — in seiner Tätigkeit — gewesen ist. Was ihm an dieser Vollarbeitsfähigkeit, durch den Unfall veranlaßt, verloren gegangen ist, soll von ihnen dem Betroffenen ersetzt werden. Wird also z. B. jemandem, der ein ankylotisches Ellenbogengelenk hat, etwa infolge alter Tuberkulose, der aber trotzdem seine Arbeit verrichtet hat, dieser Arm durch einen Unfall so verstümmelt, daß er abgesetzt werden muß, so muß der Kranke so entschädigt werden, als wenn sein Arm vollkommen normal gewesen wäre.

Einige von den Fragen, die wir soeben absichtlich mehr berührt als behandelt haben, sind der Gegenstand dauernder streitiger Auffassung gewesen und sind es zum Teil noch. Ich halte es für nützlich, m. H.! Sie mit mehreren davon etwas genauer bekannt zu machen, denn sie werden Ihnen alsbald, wenn Sie nur angefangen haben, sich mit diesen Dingen zu beschäftigen, — und das wird nicht ausbleiben, wenn Sie in die Praxis treten, — sei es als begutachtender oder als behandelnder Arzt, entgegentreten. Sie werden gezwungen werden, zu ihnen Stellung zu nehmen. Weiter wird es Ihnen auch nützlich sein, von der Art und Weise, wie solche Fragen zu behandeln sind, Kenntnis zu erhalten. Die Begutachtung einschlägiger Fälle wird Ihnen dadurch erleichtert werden.

Da kommt z. B. eine Frau zu Ihnen, die erzählt, daß sie vor einem Vierteljahr von einer Kuh mit dem Horn in die Magengegend gestoßen sei. Sie habe zuerst Schmerzen gehabt, sich einige Tage ins Bett gelegt, warme Umschläge gemacht; die Schmerzen hätten dann aufgehört, sie sei aufgestanden, habe sich aber von dem Tage des Aufstehens an nicht mehr gut gefühlt, beim Aufstehen wieder Magenschmerzen bekommen, gebrochen, nach dem Essen ein besonderes Gefühl von Völle gehabt, die Speisen herausgegeben, auch kaffeesatzartige Massen nüchtern erbrochen, und sei seitdem stark abgemagert. Sie untersuchen die Frau. An einem Punkte des Epigastriums, den Ihnen zuvor die Kranke als den bezeichnet, den der Stoß getroffen hat, finden Sie einen unebenen apfelgroßen Tumor; an einem großen schlaffen Magen stellen Sie durch Aufblähung seine Größe, die Zugehörigkeit des Tumors zu ihm fest und finden Milchsäure bei Salzsäuremangel im Mageninhalt nach Probe-frühstück. Keine Frage also, es handelt sich um ein Carcinom etwa der Pylorusgegend. Der Richter, dem dieser Hergang vorliegt, wird zweifellos eine ursächliche Verbindung zwischen dem Unfall und der Krankheit annehmen. Der Arzt aber weiß, daß der Stoß an und für sich nie einen Krebs erzeugen kann; dazu sind nach unserem Wissen, oder vielmehr nach unseren Vermutungen, ganz andre Ursachen berufen. Es fragt sich aber, ob nicht der Stoß den Anlaß zur rascheren Entwicklung des schon vorhandenen Tumors, oder vielleicht gar zur Entwicklung des an dieser Stelle etwa gelegenen Krebskeimes, gegeben hat, der sonst erst in viel späterer Zeit, vielleicht überhaupt nicht mehr bei Lebenszeiten des Individuums zur Entwicklung gekommen wäre. Ist dies möglich? Nun, m. H., ich glaube, welche Theorie über die Entstehung der malignen Geschwülste Sie auch anerkennen, wir müssen diese Möglichkeit zugeben, ja wir können sogar die Wahrscheinlichkeit eines solchen Einflusses in Fällen, wie dem oben berichteten behaupten. Voraussetzung muß aber bleiben, daß die Angaben der Kranken auf Wahrheit beruhen, daß womöglich ein ärztlicher Nachweis über die Gesundheit der Betroffenen vor dem Unfall beigebracht wird. Und auch wenn etwa das Carcinom schon vorher bestanden haben sollte, wird sich die Möglichkeit, vielleicht auch die Wahrscheinlichkeit einer durch den Unfall herbeigeführten Verschlimmerung noch behaupten lassen. Die von der Berufsgenossenschaft daraus zu ziehenden Konsequenzen haben Sie schon kennen gelernt. Mit absoluter Sicherheit feststellen zu wollen, daß der Unfall die Ursache des Leidens oder auch nur seiner Verschlimmerung gewesen sei, wird freilich keinem Eingeweihten einfallen, denn die Möglichkeit muß ja

immer zugegeben werden, daß auch ohne den Unfall der Betroffene an Magenkrebs erkrankt sein würde.

Wir suchen in solchen Fällen naturgemäß nach Beispielen aus dem Gebiete der übrigen Medizin. Und solche sind uns nicht unbekannt. Denken Sie z. B. an jene besonderen Arten von Melanosarkomen, deren Malignität bekannt genug ist. Ein mir bekannter Kranker, der seit seiner Jugend eine kleine warzenähnliche, von anderer Seite für einen Naevus pigmentosus gehaltene Vorragung auf der rechten Wange trug, wollte sich Ende des 3. Lebensjahrzehntes diese Verunzierung entfernen lassen. Dies geschah, aber von einem ungeschickten Operateur nicht vollständig; jedenfalls entwickelte sich an dieser Stelle ein mit ganz ungewohnter Schnelligkeit zu reicher Metastasenbildung und alsdann zum Tode führendes Melanosarkom. Wir können wohl annehmen, daß durch den äußeren Einfluß der Operation, die wohl auch durch „einen Unfall“ hätte ersetzt werden können, die Entwicklung und Ausbreitung der Geschwulst angefaßt worden ist.

Daß auf dem Boden von Veränderungen, die durch Traumen hervorgerufen worden sind, Krebsgeschwülste entstehen können, mag Ihnen folgender Fall aus unseren klinischen Krankengeschichten beweisen. Wir bekamen einen älteren Mann in unsere Behandlung, der neun Wochen zuvor durch einen Betriebsunfall (Deichselstoß) einen Bruch einer Rippe davongetragen hatte. Die Bruchstelle war verdickt, nicht sehr fest, die Bruchenden gegeneinander eben beweglich. Ein großes rechtsseitiges hämorrhagisches Pleuraexsudat, das sich auch nach Punktionen immer rasch wieder ergänzte, und die Kachexie des Kranken erweckten in uns den Verdacht auf Carcinom. Dieser bestätigte sich, denn an der Bruchstelle der Rippe fand sich ein primärer weicher Krebstumor. An den Pleuralymphgefäßen entlang hatten sich in der Umgebung desselben eben bis stecknadelkopfgroße Metastasen entwickelt. Sonst waren keine carcinomatösen Veränderungen entwickelt.

Daß sich Metastasen von schon vorhandenen Krebsen gern an geschädigten Stellen festsetzen, ist eine bekannte Erscheinung. Diese Metastasen sind nun oft die ersten außen sichtbaren Symptome der Krankheit, so daß Laie und Richter zu der Annahme verführt werden, die örtliche Einwirkung habe hier die Krankheit erst erzeugt. Auch in solchen Fällen wird es darauf ankommen, festzustellen, ob der Kranke vor dem Unfall trotz eines vorhandenen primären Carcinoms arbeitsfähig gewesen ist. Bei dem oben gekennzeichneten Standpunkte des Reichsversicherungsamts wird man in solchen Fällen die Frage nach der

Wahrscheinlichkeit des Zusammenhangs zwischen Unfall und Erwerbsbeschränkung nicht verneinen können, obgleich doch wohl anzunehmen ist, daß auch ohne den Unfall, vielleicht etwas später die gleiche Beschränkung der Arbeitskräfte eingetreten wäre.

Die Häufigkeit der Lungentuberkulose bringt verhältnismäßig oft die Frage zur Entscheidung vor das Forum des begutachtenden Arztes, ob ein Unfall dieselbe hervorrufen oder verschlimmern könnte. Hier ist meines Erachtens zwischen schweren und leichten Gewalteinwirkungen möglichst zu scheiden. Der menschliche Brustkorb ist so außerordentlich fest und elastisch gebaut, daß er äußeren Gewalteinwirkungen gegenüber erheblichen Widerstand leisten kann. Erst wenn es sich um die Verletzungen der tiefer als die Muskulatur gelegenen Teile, also der Rippen, der Pleura und der Lungen selbst handelt, darf eine Einwirkung auf das Lungenparenchym erwartet werden. Ein einfacher Stoß, Druck oder eine Quetschung können nicht als genügend intensive Einwirkungen angesehen werden, um hier in Betracht zu kommen. Die anderen vorher genannten Verletzungen rufen aber so starke Beschwerden und solche Veränderungen des Organstatus hervor, daß sie nicht ohne ärztliche Behandlung oder Beobachtung bleiben können. — Eine Lungentuberkulose kann natürlich nie allein durch einen Unfall erzeugt werden, die Bazillen müssen ebenfalls mitwirken. Daß bei einer latenten Phthise z. B. in abgekapselten und verkalkten Spitzenherden durch einen diesen Lungenteil treffenden starken Druck von außen eine Verstreuung der in den Herden enthaltenen Tuberkelbazillen in das umgebende Lungengewebe veranlaßt werden kann und so eine floride Phthise entsteht, entspricht durchaus allgemein anerkannten pathologisch-anatomischen Vorstellungen. Es kann auch zugegeben werden, daß eine sog. chronische Lungentuberkulose, die nur sehr langsame Fortschritte macht, durch einen starken Druck von außen oder durch eine Blutung in die Lunge zu rascherer Entwicklung und zur Ausbreitung auf bis dahin gesunde Lungenteile veranlaßt werden kann. Eine solche Möglichkeit muß in allen Fällen zugegeben werden; ob eine einfache oder eine höhere Wahrscheinlichkeit für diesen Gang der Ereignisse vorliegt, kann nur im einzelnen Fall und eigentlich nur von dem dauernd beobachtenden, d. h. dem behandelnden Arzte festgestellt werden.

Nicht selten kommt es nach den Brustkorb betreffenden Unfällen zu Lungenblutungen; steht alsdann die Frage zu entscheiden, ob letztere das erste Anzeichen einer schon vorhandenen phthisischen Erkrankung gewesen ist, oder ob der Druck ein gesundes Gefäß zersprengt hat. Im letzteren

Fall, wenn sich nach dem Ereignis eine Phthise entwickeln sollte, wäre die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, daß durch die Blutung, die natürlich auch in das Gewebe hinein erfolgt, ein locus minoris resistentiae geschaffen worden wäre, in dem die ubiquitären Tuberkelbazillen einen Ansiedelungspunkt gefunden hätten. Es muß in solchen Fällen, wenn ein Zusammenhang angenommen werden soll, nachgewiesen werden, daß der Ort der gewaltsamen Einwirkung dem des ersten Auftretens der phthisischen Symptome genau entspricht; ähnlich wie bei der Lungentuberkulose liegen die Verhältnisse bei anderen Tuberkulosen und auch bei anderen chronischen Infektionskrankheiten. Im allgemeinen muß die Möglichkeit beider oben genannten Beziehungen zugegeben werden; die vom Reichsversicherungsamt aber zur Begründung des Anspruchs für nötig erachtete Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs kann auch hier nur auf Grund des Studiums des einzelnen Falles behauptet werden.

Viel gestritten ist auch über die Beziehung von äußeren Gewalteinwirkungen auf die Entstehung von Herzklappenfehlern. Es ist nicht ungewöhnlich, daß jemand nach einer abnorm starken Anstrengung plötzlich Herzbeschwerden bekommt, weil er eben ein wegen eines Klappenfehlers nicht ganz leistungsfähiges Herz hat. Derartige Erscheinungen (Erschlaffung des Herzmuskels bei Überanstrengung) pflegen aber an dem einigermaßen gesunden Herzen eines auch nur teilweise arbeitsfähigen Mannes unter ärztlicher Behandlung verhältnismäßig rasch zu verschwinden. Nur sehr selten bleibt nach einer solchen Überanstrengung ein dauernd schlaffes Herz zurück. Auch Verschlimmerungen des allgemeinen Zustandes nach Unfällen bei Klappenfehlerherzen kommen vor; die direkte Erzeugung von Klappenfehlern aber ist ganz ausgeschlossen. Etwas anders liegen die Verhältnisse bei stark sklerotischen Coronaarterien: Lösung von Thromben und Embolien bei starken Blutdruckschwankungen, wie sie wohl jeder Unfall herbeiführt, können hier schwerere Erscheinungen bei Herzmuskelkranken bewirken.

Eine eigenartige Stellung nimmt das Reichsversicherungsamt gegenüber der Entstehung von Brüchen (Hernien) durch Unfälle ein. Die Betroffenen bemerken oft erst nach einer besonderen Anstrengung die ersten Anzeichen des äußerlich sichtbaren mit Darmschlingen gefüllten Bruchsacks. Wir wissen aber, daß die Erweiterung der meist in der Anlage schon lange vorhandenen Bruchpforten nicht plötzlich, sondern sehr langsam durch immer wiederholtes Andrängen der Darmschlingen verursacht wird. Es handelt sich also gar nicht um ein „zeitlich be-

stimbbares in einen verhältnismäßig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereignis“, sondern nach Ansicht des Reichsversicherungsamts um eine Schädlichkeit, die etwa den gewerblichen chronischen Vergiftungen gleichzustellen ist. Hernien dürfen deshalb als Unfallfolgen nicht entschädigt werden.

Ganz besonders verwickelt sind diejenigen Verhältnisse, die zwischen äußeren Einwirkungen jeglicher Art, soweit sie als Unfälle nach dem Gesetz bezeichnet werden können, und den aus ihnen folgenden allgemeinen nervös funktionellen und psychischen Störungen bestehen. Von der Wirkung und den Folgen von eigentlichen Traumen, also Verletzungen, auf das Nervensystem und auf den Ablauf der Vorstellungen, die Psyche, haben wir schon gesprochen. Daß ein Trauma krankhafte Erscheinungen dieser Art hervorrufen kann, ist nach der häufig, ja täglich gemachten Erfahrung nicht zu bezweifeln. Wie steht es aber mit dem sog. psychischen Trauma? d. h. gibt es seelische Eindrücke ohne körperliche Einwirkung, die auf den Zustand der Empfindlichkeit des Nervensystems, auf die Stimmung, oder auf die Art der Ideenassoziation ungünstig einwirken können? Wir erleben es manchmal, aber eben doch nur selten, daß wirkliche Psychosen durch solche seelischen Eindrücke hervorgerufen werden. Noch viel seltener wird es Betriebsereignisse geben, und diese kommen doch hier nur in Betracht, die unmittelbar geeignet sind, solche Folgen zu zeitigen. Es wird ein solcher Zusammenhang nur ganz ausnahmsweise beobachtet. Um so häufiger aber stellen sich mittelbar, d. h. nach Verlauf von gewisser Zeit, sei es, daß mit dem psychischen Trauma eine körperliche Gewalteinwirkung gleichzeitig stattgefunden hat oder nicht, Klagen über derartige Störungen und dementprechend Ansprüche ein.

M. H.! Auf Grund dieser Ausführungen werden Sie verstehen, daß die sog. traumatische Neurasthenie und Hysterie in den wenigsten Fällen als eine direkte Folge des Betriebsunfalls, sei er körperlich, psychisch oder beides zusammen aufgefaßt werden kann, sondern vielmehr als während der Zeit zwischen dem Unfall und den erhobenen Ansprüchen entstanden angesehen werden muß, mittelbar also. Die äußeren Verhältnisse der Unfallbetroffenen nach solchen Ereignissen sind nach alter Erfahrung höchst wichtig für die bleibenden Folgen derselben. Zu diesen äußeren Umständen gehört neben dem körperlichen Befinden, seiner Pflege, dem Aufenthalt, der Fürsorge, auch der gemüthliche und intellektuelle Zustand und die geistige Beschäftigung. Die meisten von Unfällen betroffenen Individuen sind aber während dieser

Zeit, und nicht bloß in Arbeiterkreisen (!), mit der Frage beschäftigt, wie ihnen der erlittene Schaden ersetzt werden wird. Kommt dazu, daß, während sie wirklich Beschwerden haben, über deren wahres Verhältnis zu dem Unfall sie nicht unterrichtet sein können, wegen Ablehnung der Entschädigungsansprüche der Instanzenweg betreten werden muß, so hat dieser Kampf um das vermeintliche Recht meist sehr ungünstige Folgen für den psychischen Zustand. Zu der mittelbaren funktionellen Erkrankung des Nervensystems gesellt sich weiter die noch mittelbarere „Rentenhysterie“, deren Heilung zu den großen Seltenheiten gehört. — Übertreibung und Simulation, die beiden Hauptfeinde eines wahrhaftigen Gutachters, spielen in dieses Kapitel naturgemäß am meisten hinein.

Schließlich möge noch ein interessantes Kapitel von den Beziehungen der Unfälle zu inneren Krankheiten kurz erörtert werden, nämlich die Beziehung derselben zur Zuckerkrankheit. Daß hier ein Zusammenhang möglich ist, beweisen unsere Erfahrungen über die Störungen des Zuckershaushalts nach äußeren Eingriffen. Jede allgemeine Narkose z. B. ruft eine Glykosurie hervor; nach neueren Untersuchungen scheinen Operationen am Peritoneum auch ohne allgemeine Narkose den Stoffwechsel der Kohlehydrate zu beeinflussen. Die Zuckerausscheidung nach Fesselung bei Katzen und Kaninchen ist bekannt; doch handelt es sich hier allemal um einen vorübergehenden Zustand. Dagegen bringt die picure Brown-Sequards (Verletzung eines bestimmten Teiles am Boden des 4. Ventrikels) und eine Verletzung des Pankreas, die allerdings schon hochgradig sein muß, chronische Zuckerausscheidung und echten Diabetes mit dauernden Stoffwechselstörungen hervor. Unfälle, die mit Verletzungen des Gehirns einhergehen, insbesondere Basisfrakturen und Blutungen in die Umgebung des 4. Ventrikels, sowie Verletzungen und Druckwirkungen, so solche mit Blutungen in die Gegend des Pankreaskopfes oder die Embolie der Arterien dieses Organs, kann Diabetes hervorrufen. Eine Unterscheidung des traumatischen von dem spontanen Diabetes ist unmöglich, nur die Anamnese und die Sektion kann hier Aufschluß geben. Doch ist die Wahrscheinlichkeit sehr gering, daß bei derartigen Unfällen nur das hier in Betracht kommende einzelne Organ an so bestimmter Stelle allein verletzt worden sein soll. Vielmehr wird man erwarten können, daß auch andere Erscheinungen von Hirn- oder Bauchverletzungen damit verbunden sind, anderenfalls wird man eher geneigt sein, an einen spontanen Diabetes zu denken.

M. H.! Sie werden aus dem Angeführten längst ersehen haben, daß die Aufgaben des Arztes bei der Unfallversicherung ebenso mannig-

faltig und interessant wie verwickelt sind. Schon die Behandlung Unfallbetroffener hat einen besonderen Reiz; einmal nach der sozialen Seite hin, nämlich den Betroffenen von seiner plötzlich erlittenen Erwerbsverminderung zur früheren Arbeitsfähigkeit zurückzuführen; ferner erwacht das wissenschaftliche Interesse an einer Erkrankung, deren kausalen Zusammenhang mit anderen Ereignissen man hier wie in einem Experiment verfolgen kann. Noch ungleich interessanter, wenn auch schwieriger, wird Ihnen aber schon die Begutachtung von solchen Kranken erschienen sein. Dabei kommen zwei besonders wesentliche Punkte in Betracht: der abzuschätzende Grad der Erwerbsfähigkeit und die Möglichkeit, Wahrscheinlichkeit oder Sicherheit, diesen auf den Unfall zurückzuführen. Bei der Kompliziertheit dieser Verhältnisse, auch wegen der Ungenauigkeit der Berichterstattung über die tatsächlichen Vorgänge, wegen der geringen Kenntnis sicherer Einzelfälle und vor allem wegen der verschiedenen pathologischen Anschauungen der einzelnen Ärzte, die ja zum großen Teil noch auf Hypothesen beruhen, kann es kein Wunder nehmen, wenn in manchen Fällen verschiedene Ärzte ganz entgegengesetzter Meinung über die Höhe der Entschädigung und über den ursächlichen Zusammenhang sind. Wir alle können dazu beitragen, daß derartige Mißhelligkeiten und Widersprüche, soweit wie irgend möglich vermieden werden, und zwar dadurch, daß von Anfang an die geforderten ärztlichen Gutachten und Berichte möglichst eingehend und objektiv gehalten werden, daß sie zum mindesten den Bericht über eine vollkommene Untersuchung aller Organe des Verletzten enthalten. Veränderungen sind auch in der späteren Zeit peinlich genau zu beschreiben. Es sollte möglichst nicht vorkommen, daß plötzlich von einem Arzt, nachdem kurze Zeit vorher ein anderer die Gesundheit aller Organe bestätigt hat, eine Lungentuberkulose, ein Knochenbruch, oder maligne Tumoren festgestellt werden. — Wenn Unfallkranke einem Spezialarzt, einem allgemeinen Krankenhaus oder einer Spezialklinik zu überweisen sind, muß nach den allgemein gültigen Regeln entschieden werden, der behandelnde Arzt wird wohl am besten wissen, wann er zum Wohle des Kranken — denn das ist die Hauptsache — einen derartigen Wechsel der Behandlung empfehlen muß, wo seine eigene Verantwortlichkeit ein Ende hat und haben muß. Ist das Heilverfahren abgeschlossen — und nach dem, was wir in dieser und in der letzten Vorlesung gehört haben, dauert das Recht und auch der Vorteil der Berufsgenossenschaft, ihre Kranken behandeln zu lassen, solange, bis ein voraussichtlich dauernder Zustand erreicht ist; eine Beschränkung der Unfallfürsorge nach Dauer

und Inhalt existiert nicht — so muß die noch verbliebene Minderung der Erwerbsfähigkeit abgeschätzt werden. Das Reichsversicherungsamt hat festgesetzt, daß dies eine Funktion der Berufsgenossenschaft sei, also erst auf Grund der vorher zu erhebenden Beweisstücke geschehen kann. Zu diesem gehört auch das ärztliche Gutachten, das übrigens gesetzlich nicht unbedingt erforderlich ist. Wenn z. B. der Betreffende vom Unfall betroffene einen Arm oder ein Auge, einen Finger durch denselben verloren hat oder eine Lähmung der Beine davongetragen hat, so wird diese Mitteilung, die der Berufsgenossenschaft durch die Unfallanzeige zukommt, ja in manchen Fällen genügen, die noch vorhandene Erwerbsfähigkeit abzuschätzen, wenn auch nach meiner Anschauung das Gutachten eines Arztes dadurch nicht überflüssig wird. Im Gegenteil sollte man eigentlich annehmen, daß es durchaus im Interesse der Berufsgenossenschaft gelegen sein müsse, von allen Folgen der Unfälle, die sich doch auf die Schädigung der Gesundheit beziehen, sachverständige, d. h. also ärztliche Beschreibungen in Händen zu haben. Trotz der vorerwähnten Feststellung des Reichsversicherungsamtes fügen aber die Berufsgenossenschaften, den natürlichen Verhältnissen entsprechend, ihren fast regelmäßigen Ersuchen an die Ärzte um die Ausstellung eines Gutachtens auch noch die besondere Bitte bei, die Erwerbsfähigkeit des Kranken in Prozent abzuschätzen. Diese Abschätzung, neben dem Nachweis des Zusammenhangs der Krankheit mit dem Unfall die wichtigste ärztliche Tätigkeit bei der Unfallversicherung, ist in manchen Fällen leicht, weil die Verhältnisse einfach liegen. Einen durch seine Unfallkrankung hilflos gewordenen Menschen wird man ohne weiteres als voll erwerbsunfähig (100 % ansehen; ebenso denjenigen, der durch die Natur seiner Erkrankung dauernd verhindert ist, irgend eine Arbeit zu verrichten. Denken Sie bezüglich des ersten Falls z. B. an einen Bruch der Halswirbel mit konsekutiver Quetschung des Rückenmarks, bezüglich des zweiten an eine Psychose schwereren Grades. Verhältnismäßig leicht sind auch die Erwerbsverminderungen abzuschätzen, die mit dem Verlust von Körperteilen verbunden sind, vor allem auch deshalb, weil sich im Laufe der Zeit bei den Berufsgenossenschaften, wohl im Anschluß an die Übung der privaten Unfallversicherungsgesellschaften, von denen wir noch mehr zu sagen haben werden, bestimmte Normen für die Abschätzung herausgebildet haben. So haben sich überhaupt von den letzteren her gewisse Grundsätze der Beurteilung der Unfallfolgen auch bei der staatlichen Unfallversicherung eingebürgert, die auch wir Ärzte nur begünstigen können, weil sie im allgemeinen das Recht der Kranken

voranstellen und die Tätigkeit des Begutachters erleichtern. Wenn ein durch Unfall Geschädigter beide Augen, beide Arme oder Hände, beide Beine oder Füße, je einen Arm oder eine Hand und ein Bein oder einen Fuß verloren hat oder in eine unheilbare Geisteskrankheit verfallen ist, so wird er nach dieser fast allgemein gültigen Aufstellung als zu 100% arbeitsunfähig angesehen werden. Der Verlust des rechten Armes oder der Hand wird auf 60%, der des linken Armes oder der Hand, ebenso eines Beines oder Fußes auf 50%, der eines Auges auf $33\frac{1}{3}\%$ geschätzt; 25% stellt der Verlust des rechten 18, des linken Daumens, 16 des Zeige-, 14 des kleinen Fingers der rechten Hand dar. Dem Verluste eines Gliedes wird zunächst die gänzliche Gebrauchsunfähigkeit desselben gleichzusetzen sein, doch können gebrauchsunfähige erkrankte Glieder natürlich auch allein durch ihre Anwesenheit erheblichere Störungen hervorrufen als durch ihre Entfernung. Teilweiser Verlust der Glieder oder der Gebrauchsfähigkeit derselben hat die Annahme eines geringeren Grades von Erwerbsfähigkeit der betreffenden Person zur Folge. Häufig, wenn es sich z. B. für die Chirurgen um die Begutachtung der Erwerbsfähigkeit bei einer Arm- oder Beinerkrankung handelt, ist es zu empfehlen, sich gar nicht weiter auf die Abschätzung der Schädigung im allgemeinen einzulassen, sondern einfach zu sagen und zu begründen, die Gebrauchsfähigkeit des Gliedes sei um so und soviel beschränkt. Die Berufsgenossenschaft wird von bestimmten, zum Teil in vorhergehenden mitgeteilten Gesichtspunkten ausgehend, danach den Grad der allgemeinen Erwerbsfähigkeit festlegen. Bei sehr vielen Unfall-erkrankungen wird man sich aber darauf nicht einlassen können. Besonders der Interne und der Psychiater sind da oft schwer daran. Die Beschränkung der Arbeitsfähigkeit durch eine Lungentuberkulose, durch eine Herzerkrankung und die vielen chronischen Leiden, von denen manche geradezu besonders gern durch eintretende Unfälle verschlimmert zu werden scheinen, ist sehr schwer zu beurteilen, und oft genug wird das Urteil zweier Ärzte verschieden von einander ausfallen, erst recht, wenn man etwa schon Wert auf Differenzen von zehn und weniger Prozent legt.

Die Abschätzung der Beschädigung durch Unfälle soll nach der zurückgebliebenen Fähigkeit, auf dem ganzen Arbeitsmarkt Verdienst zu finden, bemessen werden. Es kommt also für einen Paraplegiker z. B. in Frage, ob er instande ist, durch Hausarbeit im Sitzen noch einiges zu erwerben. In den meisten Fällen wird das nicht der Fall sein; solche Möglichkeiten zu suchen, und den Erkrankten mitzuteilen, kann am

wenigsten Sache des Arztes, als vielmehr der Berufsgenossenschaften sein. Ein Rat, der von erfahrenen Begutachtern auf dem Gebiete der Unfallversicherung öfters gegeben worden ist, lautet dahin, daß der Arzt sich selbst an die Stelle des Kranken denken und sich überlegen solle, wie hoch er seine Erwerbsfähigkeit, wenn mit solchem Leiden behaftet, unter Inanspruchnahme aller Möglichkeiten des Erwerbes erachten würde. In gewisser Weise muß natürlich auf die persönlichen Verhältnisse des Kranken Rücksicht genommen werden, schon seines früheren Berufs, seiner sozialen Stellung, seiner Intelligenz halber, aus denen er, auch wenn er sich auf dem ganzen Arbeitsmarkt umsieht, doch nicht heraus kann, und durch die ihm bestimmte Grenzen dauernd gezogen werden.

Ein weiteres Hilfsmittel, das allerdings im wesentlichen den Berufsgenossenschaften und den Ärzten zu Gute kommt, die ihre Gutachten nach Einsicht in die Akten derselben und nach Untersuchung des Kranken abgeben können, besteht in der Feststellung tatsächlich geleisteter Arbeit. Der Arbeitgeber ist verpflichtet, der Berufsgenossenschaft die Höhe des verdienten Lohnes seiner Arbeiter, unter denen sich ja auch solche befinden, die Unfälle erlitten haben, anzugeben. Niemals wird man sich allein auf solche Erkundigungen stützen dürfen, aber sie sind als willkommene Hilfsmittel bei der Beurteilung zu benutzen. Sowohl können festgefügte, gegen sich harte Menschen — zu ihrem Schaden und gegen ihr Recht — sich zu mehr und stärkerer Arbeit zwingen, als ihnen gut ist, wie auch schwächliche, vor allem willensschwache, und dem Simulantentum nahe stehende Übertreiber in reichlicher Zahl gefunden werden, die sich dauernd auf ihren Unfall als mit-leiderregenden Faktor berufen, die Gutherzigkeit und milde Beurteilung der Leiden vor allem in Anspruch nehmend und täuschend. Mancher Arbeitgeber macht bei der Antwort auf die oben genannte Frage die Berufsgenossenschaft darauf aufmerksam, daß er nur, „weil der betr. Arbeiter schon so lange bei ihm beschäftigt gewesen sei“, ihm einen höheren Lohn gezahlt habe, als er eigentlich verdiene.

In Erwägung der Tatsache, daß es außerordentlich schwer ist, die Erwerbsfähigkeit eines Geschädigten richtig einzuschätzen, ist es ferner eine empfehlenswerte Gewohnheit mancher Begutachter, wenn sie sich darauf beschränken, in ihrem Endurteil keine bestimmten Zahlen zu nennen, sondern etwa sagen, die Erwerbsfähigkeit sei um drei Viertel, die Hälfte, ein Drittel oder ein Viertel vermindert. Andere lassen insofern der Berufsgenossenschaft einen Spielraum, in dem sie von 30—40 oder 50—60% sprechen, damit auch andeutend, daß ihnen ein zahlen-

mäßig genaues Urteil nicht möglich ist und ja auch nach Anschauung der hierin z. Zt. maßgebenden Behörde auch nicht zusteht. Mindestens aber ist anzuraten, die Zahlen nicht nach Einern, sondern nach je fünf abzustufen. Ein Arzt, der die Erwerbsfähigkeit eines Menschen auf 23% begutachten würde, bewiese, daß er von den Schwierigkeiten und von dem sozialen Ernst seiner Arbeit nicht unterrichtet ist: er würde sich lächerlich machen.

Nichts, m. H.! aber ist widerwärtiger, als wenn Ärzte sich einander in ihren Gutachten gegenüberstehen und bekämpfen, vielleicht, weil der eine die Arbeitsfähigkeit eines Kranken um 5 oder 10% höher anschlägt als der andere. Derartige Haarspaltereien — denn darauf kommt es dabei meist hinaus — möge unser Stand unterlassen. Daß die Berufsgenossenschaften die Neigung haben, ihre Renten zu verkürzen, kann man verstehen, denn es ist ihr materieller Vorteil; daß ihnen aber Ärzte dabei behilflich sind, ist unser — aller Ärzte — ethischer und moralischer Nachteil.

Neunte Vorlesung.

Private Unfall- und Haftpflichtversicherung. Methodik ärztlicher Gutachten.

Zweck der privaten Unfallversicherung. Wichtigkeit für den Arzt. Höhe der Leistungen. Kaiserliches Aufsichtsamt. Art der Gesellschaften. Höhe der Beiträge. Beiträge für Ärzte. Prämie, Polize. Aufnahme der Versicherung. Meldung des Unfalls. Ärztliche Tätigkeit. Kollektivversicherung.

Haftpflichtversicherung. Wichtigkeit für den Arzt. Ansprüche von Kranken. Teilhaberschaft dieser Verhältnisse an dem Niedergang des ärztlichen Standes. Prämienhöhe. Inhalt der Gutachten; Form derselben. Bezahlung. Berufsgeheimnis.

M. H.! Die drei großen Arbeiterversicherungsgesetze, die wir in den früheren Vorlesungen kennen gelernt haben, sind für den Arzt, abgesehen vom Einfluß auf die national-ökonomischen und sozialen Zustände, von Wichtigkeit, weil seine Kranken die Objekte dieser Versicherung darstellen. An anderen Versicherungen aber, die wir nunmehr um so leichter verstehen lernen können, weil sie wenigstens zum Teil mit Grundsätzen und Einrichtungen arbeiten, die uns schon geläufig geworden sind, hat der Arzt ein doppeltes Interesse, nämlich, abgesehen von dem an ihren Objekten, deshalb, weil er selbst in die Lage kommt, solche Versicherungen abzuschließen. Das sind diejenigen Arten von „Assekuranz“, die für die begüterteren Kreise nach gewissen Seiten gleiche Vorteile wie die soziale Gesetzgebung für den „vierten Stand“, mit sich bringt, die private Unfall-, Haftpflicht- und die Lebensversicherung. Mit Absicht habe ich das Fremdwort Assekuranz gebraucht, weil dieser Ausdruck darauf hinweist, daß schon in früheren Zeiten, als noch im kaufmännischen Leben solche Fremdworte mehr gang und gäbe waren, als heute, derartige Versicherungen bestanden. Und gerade der kaufmännische Charakter dieser Versicherungsarten wird uns in die Augen fallen, und auch grundsätzlich wenigstens, beschäftigen müssen.

Die englischen und amerikanischen Reeder, alsbald ihnen nachfolgend auch die deutschen, versicherten ihre mit wertvoller Ladung segelnden Schiffe bereits vor 1800 bei bestimmten Gesellschaften gegen die Gefahr, daß Schiff und Ladung zu Grunde gehe, und je nach der Einzahlung wurde der ganze, halbe, viertel usw. verlorene Wert ersetzt. Da handelte es sich also um einen Ersatz des Schadens, der durch Seeunfälle an Sachen geschah; recht nahe lag es, ihn auch auf den Schaden auszudehnen, der durch Unfälle an Personen verursacht wurde. Solcher Unfallversicherungsgesellschaften entstanden im In- und Auslande eine ganze Reihe. Mit dem steigenden Wohlstande des deutschen Volkes haben sie sich ständig vermehrt, 1901 betrug ihre Anzahl 28 in Deutschland.

Solchen Unfällen ist, wie Sie ja alle wissen, auch der Arzt ausgesetzt. Abgesehen von denen, die mit dem intensiveren Getriebe des modernen Lebens zusammenhängen, und die für alle Personen fast gleichmäßig in Betracht kommen, gibt ja gerade die Ausübung des ärztlichen Berufes, sowohl bei den dazu nötigen mehr nebensächlichen Verrichtungen — Benützung komplizierter oder gefährlicher Verkehrsmittel — wie auch bei der eigentlichen Tätigkeit reichlich Gelegenheit zu allerhand Beschädigungen, die zu Aufhören der Berufsfähigkeit und Verminderung derselben Anlaß geben. Ja, Sie werden einsehen, daß der Arzt zu den hierin mit am schwersten belasteten Berufsarten gehört.

Es scheint mir eine leicht ersichtliche Pflicht für alle erwerbenden Personen, die für Angehörige zu sorgen haben und sich nicht des Besitzes von größerem Vermögen oder eines festgelegten Gehaltes mit Pensionsanspruch erfreuen, für den Fall einer durch Unfall herbeigeführten Invalidität Vorsorge zu treffen; und auch Personen, die die beiden genannten Vorteile aufzuweisen haben, werden den daraus zu erwartenden materiellen Vorteil nicht unterschätzen. Die Unfallversicherung hat sich, veranlaßt durch solche Erwägungen und unterstützt durch eine reiche Werbetätigkeit der privaten Unfallversicherungs-Gesellschaften, sehr weit ausgedehnt, und hat in allen Kreisen, auch in den weniger begüterten, seitdem auch auf kleine Beträge Versicherungen aufgenommen werden, immer mehr Eingang gefunden. Die von den Gesellschaften angesammelten Beträge, ihre jährlichen Einnahmen und Ausgaben erreichen die Summe von vielen Millionen Mark, eine einzige deutsche Gesellschaft z. B. nimmt in einem Jahre $9\frac{1}{2}$ Millionen Mark, 10 über 1 Million Mark jährlich ein.

Der Zweck der Versicherung ist der gleiche, wie bei der staatlichen Unfallversicherung: der Schaden, entstanden nach und verursacht durch Unfälle soll ersetzt werden. Während aber die Arbeiterunfallversicherung

ihrem Charakter als Einrichtung der Arbeitgeber nach nur den Schaden vergütet, den Unfälle im Betriebe des Unternehmers bewirkt haben, spielt es für die private Versicherung, bei der ja der Versicherte selbst die Kosten zu tragen hat, prinzipiell keine Rolle, wo sich der Unfall ereignet. Jedoch haben die Gesellschaften, um ihr Risiko nicht zu sehr zu belasten, gewisse Tätigkeiten von der Versicherung ausgeschlossen und andere nur unter erschwerten Bedingungen zugelassen. Die Gesellschaften haben fast allgemein eingeführt, daß ihre Leistungen in Kapitalzahlung für den Todesfall, in Rentenzahlung für den Fall dauernder Invalidität und bei vorübergehender Berufsunfähigkeit in der Zahlung täglicher Entschädigung von verschiedener Höhe, je nachdem der Versicherungsnehmer beantragt, bestehen. Die in Deutschland meistens als Höchstbetrag zugelassenen Leistungen sind: 100 000 Mark für den Todesfall, 100 000 Mark für dauernde Ganzinvalidität, und 30 Mark tägliche Entschädigung, doch gehen englische und namentlich amerikanische Versicherungsgesellschaften weit darüber hinaus.

Die neuere Gesetzgebung des Deutschen Reiches hat alle privaten Versicherungsunternehmungen, um dem Staatsbürger eine erhöhte Sicherheit zu bieten, unter die Kontrolle eines Kaiserlichen Aufsichtsamtes für Privatversicherung gestellt, das seine Zustimmung zu den Satzungen derselben zu geben, über deren richtige Ausführung und über die rechtlich einwandfreie Abwicklung der beiderseitigen Verpflichtungen der Versicherungsnehmer und der Versicherungsträger — der Gesellschaften — zu wachen hat. Eben der rein kaufmännische Charakter dieser Unternehmungen hat es mit sich gebracht, daß besonders in den Zeiten geschäftlicher Hochkonjunkturen, wo viel Geld für solche Unternehmungen zur Verfügung stand, Gesellschaften gegründet wurden und tätig waren, die bei schlechterem Geschäftsgang die an sie herantretenden Verbindlichkeiten nicht erfüllen konnten. Ein solcher Fall könnte heute sich kaum mehr ereignen, wo die Höhe der anzusammelnden Reserven von eben diesem Aufsichtsamt für jede einzelne Gesellschaft genau bestimmt wird und über das tatsächliche Vorhandensein und über die Unterbringung derselben sehr genau gewacht wird; soweit menschliche Voraussicht Vorsorge treffen kann, ist das geschehen. Die ausländischen Gesellschaften sind darin weniger gebunden, deshalb wohl auch freigebiger in den von ihnen gewährten Leistungen und andererseits auch weniger vertrauenswürdig in ihrer Sicherheit.

Die deutschen Gesellschaften für Unfallversicherung scheiden sich in verschiedene Gruppen, je nachdem sie als einfache kaufmännische

Geschäfte für die Rechnung eines einzigen, oder was ja auf dasselbe schließlich hinauskommt, für die Rechnung von Aktien, also deren Inhaber, betrieben werden. Hier handelt es sich darum, einen möglichst großen Verdienst aus dem Geschäft zu ziehen; der Gewinn kommt allein dem Firmeninhaber oder den Aktionären zu Gute. Es bleibt sich prinzipiell ziemlich gleich, ob ein solches Geschäft unter dem Namen einer offenen Handelsgesellschaft, einer Aktiengesellschaft oder einer Gesellschaft mit beschränkter Haftpflicht der Teilnehmer, betrieben wird, oder ob es etwa den Namen einer Bank führt; überall ist der Sinn der, daß die Beiträge, also die Einnahmen, die Ausgaben, die Verpflichtungen für Unfallschäden und die Ansammlung des Reservefonds um soviel übertreffen sollen, daß für die Besitzer ein erklecklicher Gewinn dabei zu erwarten ist. Dasselbe Prinzip ist es auch, nach dem alle anderen privaten Versicherungsgesellschaften, z. B. die für Feuer-, Diebstahls-, Hagel-, Sturm-, Kautions- und Garantieverlust-, sowie die für Kursverlustversicherung arbeiten.

Ein neues und für die Versicherungsnehmer sehr wertvolles Verfahren haben mehrere deutsche Gesellschaften vom Ausland, namentlich von amerikanischen Lebensversicherungsgesellschaften her übernommen, nämlich das der Gegenseitigkeit und der Beteiligung der Versicherungsnehmer an dem Gewinn, als ob sie selbst Inhaber von Aktien oder von Anteilscheinen wären. Auf diese Weise werden solche Gesellschaften zu rein dem allgemeinen Wohle dienenden Anstalten. Nach Abzug der Verwaltungskosten und der genannten Leistungen wird der ganze Gewinn den Beteiligten wieder zugeführt und zwar entweder — grundsätzlich gesprochen — in Form von Dividenden, oder von Nachlässen auf die in Zukunft zu leistenden Beiträge. Auf diese Weise ist jeder Einzelne an dem Gange des Geschäfts, wenn man unter solchen Umständen überhaupt davon sprechen soll, interessiert; er hat seine Beiträge gewissermaßen verzinst angelegt, nicht viel anders, als wenn er andere Bankaktien in Händen hat. Der Geschäftsbetrieb solcher großen Gesellschaften spielt ja auch sehr stark in das Bankfach hinein, und ein nicht unerheblicher Teil des Gewinnes kann dadurch erzielt werden, daß die jeden Augenblick zufließenden Einnahmen günstig verwertet werden. Wenn z. B. eine deutsche Gesellschaft im Jahr eine Gesamt-Einnahme von 15 Millionen Mark hat, so spielt naturgemäß die rasche und günstige Unterbringung solcher Summen eine nicht zu unterschätzende Rolle in dem Jahreshaushalt derselben, denn die Zinsen dieser Summe betragen allein und dabei niedrig gerechnet bei 3% fast eine halbe Million Mark.

Die Mitwirkung von Bankfachmännern ist daher für diese großen Geldinstitute ganz unumgänglich notwendig.

Neuerdings ist noch eine weitere für den Versicherungsnehmer günstige Einrichtung getroffen worden, nämlich die Rückgewähr der gezahlten Beiträge für den Todesfall oder für die Zeit eines erreichten Lebensalters, d. h. die Anstalt verpflichtet sich, die eingezahlten Beträge bei den genannten Ereignissen zurückzuzahlen. Sie genießt also nur den Vorteil der Zinsen der eingezahlten Summen, die dementsprechend höher sein müssen; von dieser Einrichtung wird aber anscheinend noch wenig Gebrauch gemacht. Es ist dies verständlich, wenn man die Höhe der Beiträge kennen lernt.

Naturgemäß ist dieselbe bei den einzelnen Gesellschaften verschieden, sowohl nach den Leistungen, die für den Unfallschaden verlangt werden, sowie nach der — um einen uns bereits geläufigen Ausdruck zu wählen — nach der Gefahrenklasse, der der Versicherte angehört. Je größer die Gefahren des Berufes sind, um so höher muß natürlich auch der Beitrag sein. Es kommt weiter die Anzahl der Versicherungsnehmer in Betracht, denn je größer ihre Zahl ist, um so kleiner wird das Risiko der Gesellschaft, sich plötzlich einer besonders großen Anzahl von entschädigungspflichtigen Ansprüchen gegenüber zu sehen.

Um Ihnen, m. H.!, nun einen Begriff von der Höhe der Beiträge zu geben, wähle ich zunächst ein möglichst einfaches Beispiel, also Berufe, die mit keiner besonderen Gefahr verbunden sind und andererseits Leistungen, die ein übliches Mittel des verlangten darstellen, wie sie auch von sehr vielen Versicherungsnehmern tatsächlich in den Versicherungsvertrag aufgenommen werden. Wenn jemand mit 20 000 Mark gegen Invalidität und mit ebenso viel gegen Tod durch Unfall versichert sein will, und wenn er als tägliche Entschädigung die Summe von 10 Mark festsetzt, so muß er etwa jährlich 38—40 Mark als Beitrag bezahlen; dasselbe hätte er auszugeben, wenn er verlangte, daß ihm im Invaliditätsfall, immer Ganzinvalidität angenommen, nach der Rente und Teilinvalidität erst berechnet werden muß, 30 000 Mark, im Todesfall seinen Erben oder einer besonders zu bezeichnenden Person 10 000 Mark, und wieder 10 Mark als tägliche Entschädigung ausgezahlt würde. Diese Summe haben z. B. bei einigen der größten deutschen Versicherungsanstalten Kaufleute, Bankiers, Gelehrte, Bureaubeamte, Rechtsanwälte, Geistliche und Lehrer zu zahlen. Nur für besondere Tätigkeiten, wie Jagen, Reiten, Selbstkutschieren, Rad- und Automobilfahren und Gebirgssport sind auch noch besondere Beiträge zu leisten. Andererseits werden

auf den Abschluß länger dauernder Versicherungsverträge Freijahre oder ein entsprechender Rabatt gewährt, wenn die Beiträge sofort geleistet werden.

Um Ihnen, m. H., Gelegenheit zu geben, an einem uns Ärzten angehenden Versicherungsfall die verschiedenen Gefahrenklassen auch im einzelnen Beruf kennen zu lernen, will ich Ihnen über die Beiträge berichten, die eine unserer größten Versicherungsanstalten von den verschiedenen Unterarten des ärztlichen Berufes erhebt. Es ist dabei notwendig zu beachten, daß die Höhe der Beiträge auch mit dadurch bedingt wird, daß Blutvergiftungen nach Verletzungen (Operationen, Sektionen), sowie Infektionen, die durch die äußere Haut oder die Schleimhaut erfolgen, sofern sie nicht vorsätzlich herbeigeführt sind, oder eine gröbliche Außerachtlassung der gebotenen Vorsichtsmaßregeln seitens des Versicherten erfolgt ist, als Unfall angesehen werden. Die Versicherung geht allemal auf 30 000 Mk. auf den Todesfall, 60 000 Mk. auf den Invaliditätsfall, und 20 Mk. Tagesentschädigung bei vorübergehender Erwerbsunfähigkeit. Diese Summen sind also erheblich höher, fast um das Doppelte als in dem vorigen Beispiel. Dafür hat der Arzt mit Stadtpraxis, der Ohren- oder Augenarzt 112 Mk., der Landarzt sowie der Militärarzt 129 Mk., der Arzt in Straf- und Irrenanstalten 150 Mk., der Chirurg 187 Mk. jährlich zu zahlen. Sie sehen, daß mit der größeren Berufsgefahr der Beitrag wächst.

Für den Beitrag hat man von den Lebensversicherungsgesellschaften einen besonderen Namen übernommen, er wird Prämie genannt, ebenso ist ein fremder Name für die Versicherungsurkunde allgemein üblich: sie wird Polize genannt. Besondere Eigenarten gegenüber später zu besprechenden Einrichtungen der Lebensversicherungsanstalten sind darin enthalten, daß naturgemäß eine ärztliche Untersuchung vor der Aufnahme nicht nötig ist. Jedoch sind meistens einige Personen seitens der Gesellschaften und zwar von den einzelnen in verschiedener Weise von der Versicherung ausgeschlossen. Solche sind z. B. männliche Personen im Alter von weniger als 14 und mehr als 60 Jahren, sowie alle weiblichen Personen; ferner alle solche mit Krankheiten behaftete Menschen, die durch die Natur ihres Leidens besonders körperlichen Unfällen ausgesetzt sind, d. h. Gebrechliche und Verstümmelte, hochgradig Schwerhörige und Kurzsichtige, Taube, Blinde, Gelähmte, Leute die an Schwindel oder Krämpfen leiden, Epileptische, und schließlich solche, die bereits einmal einen Schlaganfall erlitten haben. Zu den Berufen, die die meisten Gesellschaften von der Versicherung aus-

schließen, gehören, um Ihnen auch davon wenigstens annähernd den heutigen Stand der Dinge mitzuteilen, alle Personen, die in Fabrikbetrieben von Explosionsstoffen tätig sind, weiter Akrobaten, Luftschiffer, Tierbändiger, Feuerwerker und Zauberkünstler. Manche Gesellschaften schließen Kolporteure und Hausierer ebenfalls aus.

Der Begriff des Unfalls wird von den privaten Gesellschaften etwas anders gefaßt als von der staatlichen Versicherung. Daß die letztere nur den Betriebsunfall entschädigt, haben wir schon gehört. Die privaten Gesellschaften verstehen unter „Unfall“ jedes plötzlich und unabhängig von dem Willen des Versicherten von außen her einwirkende Ereignis, welches eine Schädigung des Körpers zur Folge hat. Hierzu gehören auch Blitz- und elektrische Schläge, ferner unfreiwilliges Erstickten und Vergiftetwerden durch Gas, Dampf oder Rauch, ferner Verbrennungen, Muskel- und Bänderzerrungen nach plötzlichen Überanstrengungen, ebenso Blutvergiftung nach Wunden und unfreiwilliges Erstickten. Die Entschädigungspflicht wird nur insofern anerkannt, als der Unfall die unmittelbare und alleinige Ursache des Schadens ist: Verschlimmerung eines bestehenden Leidens durch einen Unfall wird nicht wie bei den Berufsgenossenschaften entschädigt. Das sogenannte psychische Trauma wird von den privaten Gesellschaften nicht als Unfall anerkannt, ebenso nicht Vergiftungen, Berufskrankheiten, sowie alle allmählich durch Überanstrengung oder durch fortgesetzten Druck entstandenen Leiden. Wichtig ist auch die Begründung dafür, daß die Gesellschaften, wie wir ja auch schon bei den Berufsgenossenschaften gesehen haben, für etwa durch körperliche Anstrengungen entstandene Unterleibsbrüche nichts vergüten: sie berufen sich auf verschiedene Zeugnisse anerkannter interner und chirurgischer Autoritäten, nach denen Eingeweidebrüche in den meisten Fällen angeboren sind und erst zum Vorschein kommen, nachdem sie schon lange und ganz allmählich dazu vorbereitet worden sind.

Unfälle aus Vorsatz, durch große Fahrlässigkeit oder Trunkenheit verschuldet, während einer Geisteskrankheit, bei Schlägereien oder Streithändeln entstanden, sind von der Versicherung ausgeschlossen. Das gleiche gilt von den Folgen von Erdbeben, von Ereignissen, die durch den Krieg bedingt sind, von Unfällen im Militärdienst oder bei bürgerlichen Unruhen, endlich bei solchen, die im Gefängnis eintreten.

Will jemand eine private Unfallversicherung aufnehmen, so wendet er sich an den Agenten einer Versicherungsgesellschaft, der ihm einen Aufnahmeantrag zum Ausfüllen übergibt. Darin ist der Personenstand und die Tätigkeit im Beruf anzugeben; eine möglichst genaue Darlegung

der Arbeitsbedingungen ist sehr wichtig; ferner sind in dem Antrag Fragen enthalten, die sich auf etwa durchgemachte Krankheiten oder noch bestehende Leiden beziehen. Diese Fragen sind deshalb notwendig, weil die Gesellschaft die Gefahrenklasse des Berufs bestimmen muß, und weil sie bestimmte Berufe überhaupt und Personen mit bestimmten Krankheiten, wie wir gesehen haben, von der Versicherung fernhält. Im übrigen ist die Höhe der gewünschten Leistung und die Art der Prämienzahlung anzugeben. Auf Grund eines solchen Antrags wird die Polize ausgestellt, die von beiden Teilen zu unterschreiben ist, und der Stempelgebühr der verschiedenen Bundesstaaten unterliegt.

Ist ein Unfall eingetreten, so muß so bald als möglich die Gesellschaft davon unterrichtet werden, und zwar unter Benutzung eines vorgeschriebenen Formulars, in dem natürlich die Art des Hergangs und die Namen der Zeugen besonders wichtig sind; auch der Name des behandelnden Arztes ist anzugeben. Damit beginnt nun wiederum dieselbe berufliche Tätigkeit des Arztes, wie wir sie bereits bei der staatlichen Unfallversicherung kennen gelernt haben. Im wesentlichen kommt zunächst die Berichterstattung über den vorgefundenen objektiven Befund und seinen Zusammenhang mit dem Unfall, dann die Behandlung und schließlich die endgültige Festsetzung des Grades der dauernden Schädigung in Betracht. Die Schwierigkeiten dabei, besonders bei der letzteren Aufgabe, sind mindestens eben so groß wie bei der staatlichen Versicherung, ja sie sind oft erheblich größer, da die Abschätzung der Erwerbsfähigkeit wegen der komplizierteren Verhältnisse der Berufstätigkeit bei den bessergestellten Kreisen mit größeren Schwierigkeiten zu kämpfen hat.

Die Kosten für die ärztlichen Gutachten trägt die Gesellschaft. Sind zwei Ärzte nicht der gleichen Meinung über die zu gewährende Entschädigung resp. die Höhe der Invalidität, so kann ein Schiedsgericht ernannt werden, in dem jeder der beiden Beteiligten einen Arzt, diese wiederum gemeinsam einen Dritten als Vorsitzenden wählen. Bei Todesfällen kann die Gesellschaft die Vornahme einer Sektion verlangen, die auf ihre Kosten auszuführen ist.

Die ärztliche Behandlung wird von den Gesellschaften nur dann übernommen, wenn die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit 50% nicht übersteigt. Bei einer Beschränkung von 50—100% wird nur der entsprechende Teil der vereinbarten Tagesentschädigung ausgezahlt. Davon hat der Versicherte die Kurkosten zu bestreiten. Für die Behandlung von Unfallverletzten ist eine besonders genaue ärztliche Buchführung deshalb sehr zu empfehlen, weil die Gesellschaften die Rechnungen

der Ärzte sehr genau zu kontrollieren pflegen und eine ausführliche Angabe über die Art der in Rechnung gestellten Verrichtungen verlangen.

Ein Zwang, sich auf Grund des Versicherungsvertrages etwa behandeln lassen zu müssen, oder bestimmte Ärzte konsultieren zu müssen, besteht bei den meisten Gesellschaften nicht; es wird eben angenommen, daß den Versicherten selbst eine Wiedererlangung ihrer Erwerbsfähigkeit wichtiger sei als eine Rente. Im allgemeinen können wir Ärzte die Beobachtung bestätigen, daß mit dem steigenden Niveau der intellektuellen Bildung, der sozialen Schichtung und des materiellen Besitzes die Neigung zu Simulation und Übertreibung allmählich geringer wird, wenn freilich auch einzelne Ausnahmen stets vorhanden sind.

Von der Unfallversicherung können wir abtrennen die sog. Kollektivversicherung gegen Unfälle. Letztere hat sich erst entwickelt auf Grund der neuen deutschen Haftpflichtgesetzgebung. Diese spricht nämlich den Grundsatz aus, daß nicht nur jeder für den von ihm angerichteten Schaden haften muß, sondern auch für den durch alle seine Angestellten oder durch sein Eigentum verursachten. So wird der Hausbesitzer für Unfälle fremder Personen in und an seinem Hause, die Stadt für solche auf ihren Grundstücken und durch ihre Beamten und Angestellten verursachten Unfälle, nicht anders der Staat, verantwortlich gemacht. — Andererseits sind aber die genannten juristischen Personen auch haftpflichtig für die Unfälle, die ihren Angestellten zustoßen. Um dieser Haftpflicht zu entgehen, können sie entweder eine Haftpflichtversicherung eingehen, von der wir gleich noch näher zu sprechen haben, oder sie können ihre Angestellten kollektiv bei einer privaten Unfallversicherungsgesellschaft gegen Unfall versichern. Die Entschädigungsverpflichtung geht damit auf die letztere über. Die ärztliche Tätigkeit bleibt naturgemäß dieselbe, ob Einzel- oder Kollektivversicherung. Die privaten Gesellschaften haben den Gedanken der Kollektivversicherung deshalb mit um so größerer Freude aufgenommen, weil damit die Zahl der bei ihnen versicherten Personen ganz außerordentlich steigen mußte, wodurch naturgemäß das Risiko vermindert wurde.

Bei der eigentlichen Haftpflichtversicherung kommt natürlich die ärztliche Tätigkeit, weil es sich um die Haftung für Unfallschäden handelt, genau so zur Geltung, wie bei der Unfallversicherung; wir könnten deshalb ziemlich rasch über sie hinweggehen, wenn nicht der ärztliche Stand neuerdings durch sie stark beschwert worden wäre. Es ist nämlich auf Grund dieses Gesetzes erlaubt, Entschädigungsansprüche an den Arzt zu stellen, wenn der Kranke glaubt, durch seine Behand-

lung oder während derselben durch Vernachlässigung und Außerachtlassung von notwendigen Maßnahmen geschädigt worden zu sein. Solche Ansprüche können natürlich nur auf dem Prozeßwege erzwungen werden. Doch hat sich die mala fides des Publikums gegen den Ärztestand in den letzten Jahrzehnten so gesteigert, daß dem aufmerksamen Beobachter kaum ein Jahr vergeht, ohne daß derartige Ansprüche gestellt und mehrfach Prozesse geführt und durch die Tageszeitungen bekannt gemacht werden. — Es ist recht beschämend für den ärztlichen Stand und entspricht durchaus dem Sinken seines Ansehens, wovon wir schon in der ersten Vorlesung gehört haben, daß das Publikum nicht mehr an die optima fides medicorum stets und dauernd glaubt. Es soll hier nicht erörtert werden, ob daran häufigere Verfehlungen als früher gegen die Grundsätze diagnostischer und therapeutischer Kunst, sog. „Kunstfehler“, schuld sind, oder ob nicht etwa der mehr und mehr und nicht zum mindesten mit durch die soziale Gesetzgebung auf den rein materiellen Vorteil gelenkte Sinn unserer Bevölkerung verlernt hat, daß dem Arzt neben klingendem Lohn auch moralischer Dank gehöre und daß neben dem rein geschäftlichen Verhältnis zu ihm, ein anderes ethisches bestehen soll, in dem die Sorge für den Patienten durch Dank und Treue desselben vergolten wird.

Es kann nicht geleugnet werden, daß es immer Fälle gibt, in denen der Erfolg der Behandlung ein anderer hätte sein können, wenn diese oder jene Bedingungen, zu denen auch die Tätigkeit des Arztes gehört, sich anders verhalten hätten. Aber der Ausspruch, in seiner Schärfe gewiß zu weit gehend, daß der Arzt dauernd mit dem einen Fuß im Zuchthaus stehe, findet keine bessere Begründung als die Prozesse, in denen Gerichte auf Grund oft kleiner und kaum beachteter Versehen einen Arzt der Haftpflicht schuldig sprechen mußten. Solche Urteile können die Existenz des Arztes vollkommen untergraben, wenn, wie es z. B. vorkommt, größere Beträge als Jahresrenten dauernd bezahlt werden müssen. Es ist kein Wunder, wenn die Ärzte sich heute vielfach aus anderen Bevölkerungsklassen rekrutieren wie früher; man kann es keinem Arzt verdenken, daß er unter dem Eindruck derartiger Vorgänge wohl manchmal einen notwendigen Eingriff lieber unterlassen möchte in dem Gedanken, es könne ihm in solcher Weise Schaden daraus entstehen.

Selbstverständlich kann der Arzt nur in soweit für seine Maßnahmen eintreten, und dementsprechend auch haftpflichtig gemacht werden, wie der augenblickliche Zustand der wissenschaftlichen Anschauung und die ihm umgebenden und mit Notwendigkeit unter ihren Einfluß zwingenden

Verhältnisse es erlauben. Würde z. B. heute ein Arzt eine Operation ohne die nötige Sauberkeit, Anti- oder Asepsis, vornehmen, so würde man ihn für den etwaigen unglücklichen Ausgang haftpflichtig machen können, während er vor 40 Jahren frei hätte ausgehen müssen. Er könnte zweifellos auch dann nicht verurteilt werden, wenn er dem Kranken vorher mitgeteilt hätte, daß er den Eingriff auf diese seine eigene Art vornehmen wolle und wenn er dessen Einwilligung dazu erhalten hätte. Für gewöhnlich aber muß vorausgesetzt werden und die Ausbildung der deutschen Ärzte erlaubt voraussetzen, daß alle von ihnen vorgenommenen Maßnahmen, seien es Medikationen oder Operationen, so vorgenommen werden, wie die beste wissenschaftliche Überzeugung sie vorschreibt. Daß Unglücksfälle vorkommen können, ist bei der komplizierten Technik und der immer schwieriger werdenden Beherrschung des notwendigen wissenschaftlichen Materials und der Apparate selbstverständlich. Auch der beste Diagnostiker wird nicht alles erkennen, auch der beste Therapeut wird manches unerkannte nicht berücksichtigen, auch der beste Arzt kann sich irren. Und das richtige wäre, wenn das Publikum dem Arzt entgegen träte mit dem Bewußtsein, daß solche Unglücksfälle eben nicht zu vermeiden sind. Auf Grund unliebsamer Erlebnisse pflegen deshalb viele Ärzte vor der Behandlung, insbesondere wenn es sich um nicht einfache Maßnahmen handelt, ihre Kranken darüber aufzuklären, daß sie eine sichere Garantie für den Erfolg nicht übernehmen könnten; noch andere pflegen auf die möglichen Unglücksfälle aufmerksam zu machen. Damit sind sie wenigstens, wenn der Kranke sich trotzdem zu der geratenen Behandlung entschließt, gesichert. Aber sie begeben sich damit eines höchst wichtigen Faktors bei der Behandlung, nämlich des Zutrauens ihrer Kranken und der psychischen Autorität über dieselben. Mir ist ein Arzt bekannt, der durch Plakat in seinem Wartezimmer bekannt macht, daß er ein für allemal nur unter der Voraussetzung, daß er niemals haftpflichtig gemacht werden könne, die Behandlung übernehme. Die Wirkung einer solchen Einrichtung, insbesondere die wenig empfehlende derselben, bleibt besser unerörtert. Aber auch das ist eine Folge der Haftpflichtversicherung.

Im Ganzen, m. H.!, werden Sie, glaube ich, den Eindruck gewonnen haben, daß die Haftpflichtgesetzgebung, so wie sie heute besteht und erst recht, wie sie gehandhabt wird, einen bedenklichen Faktor bei dem Niedergang des ärztlichen Standes darstellt. Wenn unser Stand auch nicht allein in diese schlimme Lage gekommen ist; es liegen bei den anderen Berufen die Verhältnisse doch nicht so, daß die Ent-

schädigungsklage wegen Verlust des ersten menschlichen Gutes, der Gesundheit, erhoben werden kann. Gerade dadurch ist das allgemeine Vertrauen zum Arzt, ganz allgemein gesprochen, mehr gesunken, als wenn z. B. gegen einen Rechtsanwalt die Haftpflichtklage wegen eines schuldhaft verlorenen Prozesses angestrengt wird.

Die schrecklichste Situation für Ärzte aber, die die Haftpflichtversicherung mit sich gebracht hat, ist die, wenn die Rechtsprechung sie zwingt, über einen Kollegen zu Gericht zu sitzen, und als Sachverständige über seine Schuld oder Unschuld auszusagen. Wünschen wir uns, daß eine solche Gelegenheit uns nicht bevorstehen möge, und daß uns gegebenenfalls die Ereignisse das Recht geben, für seine Unschuld zu zeugen.

Die Häufung der Fälle, in denen ein Arzt für Mißerfolge seiner Behandlung verantwortlich und haftpflichtig gemacht wird, haben die Versicherungsgesellschaften veranlaßt, sich ausführlich mit der Haftpflichtversicherung der Ärzte zu beschäftigen. Verschiedene Gesellschaften übernehmen Versicherungen gegen sämtliche Ansprüche, die gegen Ärzte in ihrer Eigenschaft als solche wegen Körperverletzungen und Gesundheitsschädigungen erhoben werden können. Die Prämien sind nicht sehr hoch; man kann im Mittel etwa annehmen, daß $\frac{1}{3}$ ‰ der Versicherungssumme als jährlicher Beitrag zu zahlen ist, sodaß für je 1000 Mk. 30 Pfg., für 100 000 Mk. also 30 Mk. in Betracht kämen. Als niedrigste zulässige Versicherungssumme wird meist 15 000, als höchste 150 000 Mk. angegeben. Doch gehen manche Gesellschaften auch darüber hinaus. Viele Ärztevereine und Korporationen haben übrigens besondere Verträge mit bestimmten Gesellschaften abgeschlossen, nach denen ihre Mitglieder zu noch geringeren Sätzen versichert werden. Auch Kollektive Haftpflichtversicherungen von Krankenhäusern, Kliniken etc. für die an ihnen beschäftigten Ärzte können abgeschlossen werden.

Die Gesellschaften übernehmen bei Haftpflichtfällen alle Verpflichtungen des Arztes. Vor allem aber führen sie zunächst einmal, und zwar auf ihre eigenen Kosten, die Prozesse, die durch Haftpflichtklagen hervorgerufen werden.

Die Beurteilung der Schäden, die aus der Haftpflicht zu decken sind, bleibt selbstverständlich in ihrer Höhe dem Arzt überlassen. Abgesehen von schwierigeren Beurteilungen, die einer Ärztekommision oder einem Schiedsgericht übertragen zu werden pflegen, ist die Begutachtung der Gesundheitsschädigung in die Hände des behandelnden Arztes oder des Gerichtsarztes gelegt.

Glücklicherweise sind die Haftpflichtprozesse gegen Ärzte noch nicht so häufig geworden, daß unbedingt zu solchen Versicherungsabschlüssen geraten werden müßte. Die Unfallversicherung des Arztes liegt jedenfalls sehr viel näher; will aber jemand sicher gehen und steht ihm die Summe zur Verfügung, so mag er nicht versäumen, eine Haftpflichtversicherung aufzunehmen.

Wir kommen zum Schluß, m. H.!, noch einmal auf die Tätigkeit des Arztes zurück, die nun einmal bei allen versicherungsmedizinischen Verhältnissen naturgemäß im Vordergrund steht, oder wenigstens einen Hauptteil umfaßt, das ist die Tätigkeit des Begutachtens. Und zwar sind es im wesentlichen Formeln und methodische Vorschriften, die ich noch mit Ihnen erörtern möchte.

Daß der Inhalt des Gutachtens dem Wissen und der Überzeugung des Ausstellers entspricht, ist bei einem deutschen Arzt selbstverständlich. Aber die äußere Form der gutachtlichen Schriften läßt oft mancherlei zu wünschen übrig, wodurch nicht Eingeweihte veranlaßt werden, ihren Wert zu unterschätzen. Sie entsprechen oft auch nicht ganz den Ansprüchen, die gerichtlicher- und behördlicherseits an sie gestellt werden müssen. Wir dürfen es deshalb nicht unterlassen, darauf einzugehen. Die formale Aufgabe des Begutachters besteht u. a. darin, daß das Schriftstück als Gutachten bezeichnet sei; es ist ferner mit Orts- und Zeitangabe, mit Angabe der Adresse, an die es gerichtet ist, mit der des Zweckes, zu dem es aufgesetzt ist, und schließlich nicht ohne Nennung derjenigen Person, auf deren Veranlassung es ausgestellt ist, auszufertigen. Ferner ist ein solches Gutachten, Attest oder Auskunft mit genauer und — lesbarer Unterschrift des Ausstellers zu versehen. Daß Fremdworte möglichst zu vermeiden sind, ergibt sich schon aus der Bestimmung der Gutachten für Laien, wenngleich der Befund, speziell wenn, wie es oft geschieht, besonders seine Beschreibung gewünscht wird, sie nie ganz wird vermissen können. Es ist auch zu beachten, daß manche Versicherungsträger, so auch z. B. die staatlichen Berufsgenossenschaften, die Gutachten oder doch wesentliche Teile den Versicherten mitteilen. Eine gewisse Vorsicht im Gebrauch der eigenen Meinung, abgesehen von den Tatsachen natürlich, über den Begutachteten, namentlich wenn es sich um nicht ganz einwandfreie Elemente, z. B. Simulanten, handelt, ist daher dringend anzuraten.

Die materielle Bewertung der Gutachten ist nach Ort, Adresse und Gegenstand verschieden. Meist sind von den ärztlichen Vereinen hier bestimmte Normen, teils mit bestimmten Versicherungsanstalten, teils über-

haupt allgemein für die Mitglieder gültig, aufgestellt worden, sodaß es sich für einen Neuling empfiehlt, bei älteren Kollegen nach diesen Grundsätzen der Gutachtenhonorierung sich zu erkundigen. Nie aber soll der Arzt seine Gutachten zu gering bewerten; eher mag er es dem Mittellosen kostenlos — mit dieser Bezeichnung — übergeben. Jede Begutachtung erfordert Wissen, Urteilsfähigkeit und Überzeugung, die nur aus intensiver Berufsarbeit gewonnen werden kann. Es widerspricht daher eine Abgabe von Gutachten gegen zu geringes Honorar einem Grundsatz des Standesbewußtseins.

Mit der begutachtenden Tätigkeit kann der § 300 des deutschen Strafgesetzbuches in Widerspruch stehen, wenn der Begutachtete nicht die Erlaubnis zur Ausstellung derselben gegeben hat. Der angeführte Paragraph begreift die Verpflichtung in sich, das ärztliche Berufsgeheimnis zu wahren. Was der Arzt in seiner Tätigkeit, aus Angaben des Kranken oder durch seine Beobachtungen erfährt, darf er, ohne die Befugnis seitens des Untersuchten zu haben, niemandem mitteilen. Ein Gutachten kann daher nur dann als rechtlich zulässig bezeichnet werden, wenn entweder der Untersuchte seine Zustimmung zu demselben gegeben hat, oder wenn eine richterliche Behörde im gerichtlichen Verfahren den Arzt zur Offenbarung der von ihm in Erfahrung gebrachten Tatsachen befugt. Bei den drei Arbeiterversicherungsgesetzen ist deshalb den Versicherten aufgegeben, dem Arzt das Recht zum Bruch des Berufsgeheimnisses zuzugestehen. Ohne eine Bestrafung wegen des § 300 befürchten zu müssen, kann der Arzt Auskunft über seine Kranken an Krankenkassen, Versicherungsanstalten und an Berufsgenossenschaften geben und kann Gutachten über sie abgeben. Die privaten Versicherungsgesellschaften verpflichten ebenfalls ihre Versicherten gleich beim Stellen des Versicherungsantrags dahin, daß sie dem Arzt die Berechtigung geben, seine Beobachtungen über sie mitzuteilen; nur ist zu beachten, was freilich für den Arzt im einzelnen kein Interesse mehr hat, daß damit die Schweigepflicht und das Berufsgeheimnis auf die neuen Inhaber der vom Arzt übermittelten Wissen- und Kundenschaft übergeht; auch sie dürfen weiteren Personen nur mit besonderer Erlaubnis des Kranken Mitteilung von seinem früheren oder jetzigen Leiden machen. Dabei kann gar nicht genug zu größter Vorsicht geraten werden. Schon die fahrlässige Beförderung einer solchen Auskunft auf dem Postpersonal zugänglichen Schriftstücken schließt das Vergehen gegen § 300 in sich. In zweifelhaften Fällen lasse sich der Arzt, ehe er zur Untersuchung und Begutachtung schreitet, immer vom Kranken selbst noch eventuell schriftlich ermächtigen, seinen Befund in einem Gutachten

an eine bestimmte Adresse niederzulegen. Damit wird er sich allen Schwierigkeiten entzogen haben. Denn die Strafen, die auf den Bruch des ärztlichen Berufsgeheimnisses gesetzt sind, sind hoch; sie entsprechen der ethischen Bedeutung dieses Grundsatzes ärztlicher Tätigkeit.

Im übrigen wird die Begutachtung von Kranken heute den jungen Ärzten bald zur Gewohnheit, wo außer den von uns hier behandelten Behörden und Gesellschaften auch Staat und Gemeinde sowie die Justizbehörden häufig der ärztlichen Gutachten bedürfen oder ihrer nicht entbehren zu können glauben. Um so mehr soll sich der Arzt der Wichtigkeit seiner Aufgabe bewußt bleiben. Je mehr Wert er ihr gibt und beimißt, um so höher wird sie auch von andern geschätzt und bewertet werden.

Zehnte Vorlesung.

Lebensversicherung.

Geschichte der Lebensversicherung. Träger und Zweck der Versicherung. Bedingungen, Risiko, Vorteile derselben. Gegenseitigkeit, Dividende, finanzielle Berechnung. Risikoversicherung. Kapitalsversicherung auf den Erlebensfall. Rentenversicherung. Höhe der Versicherungssumme. Beleihung der Polize. Verwaltung der Gesellschaften. Gang der Aufnahme einer Versicherung. Agent. Deklaration. Vertrauensarzt. Gutachten desselben. Anstaltsarzt. — Besondere Versicherungsbedingungen. Auszahlung im Todesfall. Erfordernisse.

Literatur:

Florschütz, Lebensversicherung. Eulenburgs Realencyklopädie.
Prospecte der verschiedenen Lebensversicherungsgesellschaften.

M. H.! Kaum eine von den Versicherungseinrichtungen, die wir bisher kennen gelernt haben, ist geeignet, so sehr das Interesse des Arztes zu erwecken, wie die Lebensversicherung. Nicht nur, daß die Einrichtungen der Anstalten, die sich damit befassen, sich überaus zweckmäßig gestaltet haben, und zu vielen gleichen und ähnlichen Einrichtungen bei den andern Versicherungsarten Anlaß gegeben haben. Sie sind in ihrer heutigen Gestaltung die älteste Versicherungsart: sie geht den Arzt auch insofern an, als ihm selbst, wenn er für Angehörige zu sorgen hat, die Aufnahme einer Lebensversicherung als fast unumgängliche Pflicht entsteht; seine ärztliche Tätigkeit im besten Sinne, sein abwägendes auf Erfahrungen gestütztes Urteil über den einzelnen Fall, wird häufig in Anspruch genommen; endlich hat die statistische Darstellung und die Beschreibung der aus dem angesammelten Materiale der Lebensversicherungsanstalten gewonnenen medizinischen Erfahrungen viel und wertvolles gelehrt; alles wichtige Gründe, die uns veranlassen müssen, die Versicherungsart genau kennen zu lernen.

Die Geschichte der Lebensversicherung reicht weit zurück. Ihr Grundgedanke findet sich in den Schriften der französischen Encyclopaedisten, später in den Werken des amerikanischen Menschenfreundes Franklin ausgesprochen. Während in Europa die Wirren der französischen Revolution und der napoleonischen Kriege die Umsetzung humanitärer Ideen in die Wirklichkeit behinderten, wurden sie in der nordamerikanischen bürgerlichen Republik um so eifriger gepflegt. Bereits um den Beginn des 19. Jahrhunderts waren in den Vereinigten Staaten, etwas später dann in England die ersten Lebensversicherungsgesellschaften in Tätigkeit getreten.

Dem Kaufmann E. W. Arnoldi in Gotha gebührt das Verdienst, die erste und damit die älteste noch bestehende derartige Einrichtung 1827 auf deutschen Boden verpflanzt zu haben. Mit herzoglicher Genehmigung gründete er die Gothaer Lebensversicherungsbank auf Gegenseitigkeit, damals Lebensversicherungsbank für Deutschland genannt, die noch heute zu den größten und angesehensten Instituten der Lebensversicherung, und nicht nur in Deutschland, gehört. Nur wenige sind es, die ihr an Umfang des Besitzes gleichkommen können. Aber außer ihr gibt es in Deutschland noch einige 30 ähnliche Einrichtungen, die alle — allein oder auch in Verbindung mit Unfall oder Haftpflicht, sowie eventuell mit sog. Rentenversicherung — die Lebensversicherung betreiben. Davon seien hier nur genannt: die Germania in Stettin, die Bremer Lebensversicherungsbank und der Atlas in Stuttgart.

Der Träger der Versicherung ist die Lebensversicherungsgesellschaft, wie immer ihr besonderer Name auch sei; der Zweck der Versicherung die Gewährung eines Kapitals für den Todesfall; die Beiträge — Prämien — bestehen in jährlichen Geldzahlungen, die Urkunde über die Lebensversicherung — Polize — ist ein rechtlich gültiger, dementsprechend z. B. beleihbarer Besitz.

Zuerst fragen wir natürlich nach dem Zweck der Lebensversicherung. Was will sie gewähren? Es kommt häufig vor, daß verhältnismäßig junge Menschen bei ihrem Tode ihre Angehörigen unversorgt zurücklassen. Der Besitz eines Kapitals zu dieser Zeit wäre für sie eine Rettung aus der ersten Not und eine dauernde Unterstützung für die Zukunft. Dieses Kapital, im Todesfall zahlbar, wird versichert. Die Lebensversicherungsanstalt übernimmt die Pflicht, den Hinterbliebenen eines Versicherten bei seinem Tode eine Summe von bestimmter vorher ausgemachter Höhe auszuzahlen. So ist die ursprüngliche Form des Lebensversicherungsvertrages, die eigentlich eine Kapitalversicherung

für einen bestimmten Fall, nämlich den des Todes ist, beschaffen; sie ist in der Folgezeit vielfach abgeändert und ergänzt worden.

Das Recht des Angehörigen auf die Auszahlung dieser ausgemachten Summe im Todesfall wird erworben durch die Erwerbung der Polize, d. h. durch Abschluß des Vertrages mit einer Lebensversicherungsanstalt und durch die regelmäßige Zahlung von jährlichen Beiträgen. Im Interesse der Anstalten liegt es, daß möglichst lange Zeit hindurch Beiträge geleistet werden; sie werden also versuchen, nur Menschen in die Versicherung aufzunehmen, die eine günstige Lebensaussicht bieten, diejenigen also, die gesund sind. Aus den Mitteilungen der Statistischen Ämter des Staates und einzelner Gemeinden kann man leicht berechnen, welche Aussicht auf Lebensdauer im Durchschnitt ein Mensch in bestimmtem Alter hat, wie alt er durchschnittlich werden wird. Die Beiträge werden danach — grundsätzlich gesprochen, in Wirklichkeit geschieht das mit erheblicher Abänderung — so berechnet, daß sie etwa multipliziert mit der Anzahl der noch zu erwartenden Lebensjahre die gewünschte Versicherungssumme ergeben. Die Gesellschaften würden als Gewinn betrachten können die Zinsen der ihnen zugehenden Beiträge und solche Versicherte, die das erwartete durchschnittliche Lebensalter überschreiten, als Verlust die, die jünger sterben.

Die Zahlen der statistischen Ämter über die zu erwartende durchschnittliche Lebensdauer, berechnet auf bestimmte Jahre, haben durch die vieljährigen Erfahrungen der Lebensversicherungsanstalten eine genaue Prüfung erfahren. Sie sind nach einigen Richtungen hin abgeändert worden, schon weil es sich bei der Lebensversicherung um ein ausgesuchtes Material und um gesundheitlich oder wenigstens hygienisch bevorzugte Menschenklassen handelt. Die günstigen geschäftlichen Resultate fast aller unserer Lebensversicherungsanstalten sprechen dafür, daß die ihnen vom Staat gelieferten statistischen Grundlagen, seine Bevölkerungsdaten betreffend, richtig gewesen sind.

Das Risiko der Anstalt besteht also darin, daß ein Versicherter eher stirbt, als sein Alter es ihm nach statistischen Berechnungen eigentlich erlaubt. Dann hat sie die Versicherungssumme zu zahlen, ohne daß sie durch die Beiträge gedeckt wäre. Das zu vermeiden, gibt es für die Anstalten zwei Mittel. Das eine besteht in einer rigorosen Auswahl der Versicherungsteilnehmer, indem alle die, deren Lebensaussicht infolge von bestehender oder latenter Krankheit, beruflichen oder außerberuflichen Gefahren gering ist, von vornherein ausgeschlossen bleiben; das zweite Mittel ist die genügende Höhe der Beiträge. Im Idealfalle wäre

beides leicht durchzuführen; doch sorgt der Wettkampf zwischen den einzelnen Anstalten dafür, daß ihre Ansprüche nicht allzu hoch werden können, daß z. B. bei einer fehlenden oder doch eingeschränkten Bedingung die andere entsprechend verändert für sie eintreten kann.

Auf der anderen Seite liegt der besondere Vorteil für den Versicherten in dem schönen und beruhigenden Bewußtsein, daß auch für den Fall seines bald nach Aufnahme der Versicherung eintretenden Todes die vorausbestimmte Summe ausbezahlt wird, daß also seine Angehörigen weit mehr von den gezahlten Beiträgen haben, als wenn er sie einfach zinstragend angelegt hätte. Diese Eigenart macht die Lebensversicherung besonders beliebt und führt ihr dauernd neue Teilnehmer in den Kreisen zu, in denen die Vermögen erst erworben werden sollen. Aber auch bei Vorhandensein von größerem Besitz kann der Vorteil der Lebensversicherung nicht hoch genug eingeschätzt werden. Schaden erleidet der Versicherungsnehmer in irgendwie nennenswerter Weise nur in dem ja voraussichtlich seltenen Fall, daß er sehr alt wird. Dann möchte vielleicht in einzelnen Fällen die Summe der eingezahlten Prämie die der Versicherungssumme übertreffen, wobei noch die Zinsen dauernd verloren gegangen wären.

Aber auch diese Gefahr ist durch verschiedene Einrichtungen der Anstalten fast ganz beseitigt worden. An erster Stelle ist hier die Beteiligung des Versicherten am Gewinn zu nennen, nämlich dadurch, daß die Anstalten sich als auf Gegenseitigkeit gegründet bezeichnen. Die erzielte Dividende, die bei den bedeutenden Finanzgeschäften der Banken fast dauernd eine ziemlich regelmäßige ist, wird auf die zu zahlende Prämie in Anrechnung gebracht und zwar meist in allmählich steigender Prozentierung, sodaß der länger Versicherte auch den größeren Gewinn bezieht. Bei der Gothaer Bank waren, um Ihnen nur einen Einblick in die gewaltigen, bei solchen Anstalten zu verarbeitenden und unterzubringenden Summen zu geben, 1901 Versicherungen in einer Höhe von 507 Millionen Mk. in Gültigkeit. Der Wert des Bankvermögens betrug zur gleichen Zeit 267 Millionen Mk. Auf die Versicherten kamen beinahe 8 Millionen Mk. in der eben genannten Weise als Dividenden zur Verteilung.

Wir wollen nunmehr an einem Beispiel die finanzielle Berechnung der Lebensversicherungsanstalten kennen lernen. Nehmen wir einmal an, ein gesunder Mann von 31 Jahren wollte sein Leben versichern. Er wünscht, daß im Todesfall an seine Angehörigen Mk. 10 000 ausbezahlt werden sollen. Da er nach den genannten Statistiken über alle

Lebenden Aussicht hat, noch 30 Jahre zu leben, so würde zu verlangen sein, daß er jährlich $10000 : 30$ Mk. bezahlt, d. h. Mk. 333. In Wahrheit sind aber seine Aussichten, eben weil er gesund ist und weil er in der Lage ist, überhaupt soviel jährlich entbehren zu können, also in besseren hygienischen Verhältnissen lebt, günstiger und er braucht deshalb nur 270 Mk. jährlich zu zahlen. $10000 : 270$ sind ungefähr 37 Jahre, sodaß unter solchen Verhältnissen ein 31jähriger Aussicht hat, 68 Jahre alt zu werden. — Je älter jemand eine Lebensversicherung eingeht, um so geringer sind natürlich seine Lebensaussichten und umgekehrt; deshalb sind die Prämien bei jungen Leuten niedrig, bei alten, gleiche Gesundheit sonst vorausgesetzt, höher. Für 10000 Mk. Versicherungssumme hat ein 15jähriger 185 Mk. jährlich, ein 60jähriger dagegen 716 Mk. zu bezahlen. Ich muß noch einmal betonen, m. H.! daß die hier gegebenen Berechnungen im einzelnen durchaus nicht mit den wirklich ausgeführten übereinstimmen; Sie werden ohne weiteres einsehen, daß z. B. die Zinsen der Prämien bei zweckmäßiger Verwaltung schon bald zur Beschaffung der Versicherungssumme ganz erheblich beitragen.

Immerhin ist heute, nachdem die Konkurrenz unter den Lebensversicherungsanstalten so bedeutend bequemere und auch vorteilhaftere Bedingungen der Prämienzahlung geschaffen hat, die Lebensversicherung nicht mehr als eine schlechte Kapitalsanlage anzusehen, wie es lange der Fall gewesen. Sie bietet neben der absoluten Sicherheit der Anlage einen freilich sehr niedrigen Zinsfuß und die Gewißheit, daß auch im Fall früheren Todes die versicherte Summe ausbezahlt wird. Wenn sich die Gesellschaft — also bei einer solchen auf Gegenseitigkeit die Versicherten selbst — für dieses Risiko deckt, so ist das selbstverständlich. Es ist eine fruchtbare Idee gewesen, den Versicherten, dessen Vorteil in einem frühen Tode gelegen ist, so zu sagen, mit der Anstalt, deren Vorteil in einem langen Leben des Versicherten liegt, durch seine Teilhaberschaft zu identifizieren. Dadurch, daß der Versicherte selbst Mitinhaber des Bankgeschäfts wird, hat er an dem guten Gedeihen desselben mehr, an seinem eigenen Vorteil, der nun gewissermaßen auch sein eigener Nachteil wird, weniger Interesse.

Um Anfängern in ihrem Berufe die Teilnahme an der Lebensversicherung zu erleichtern, hat man die Einrichtung getroffen, daß während der ersten 5 Jahre der Versicherung eine niedrigere Prämie bezahlt wird, während der weitem alsdann eine höhere, doch gleicht sich das dann insofern etwas wieder aus, als vom 5. Jahr an die Dividende ver-

teilt wird. Bleiben wir bei unserm erstgenannten Beispiel, so würde ein 31-jähriger für 10000 Mk. in den ersten 5 Jahren 219, dann 285 Mk. zu bezahlen haben, wohl sicher ein nicht zu unterschätzender Vorteil.

Auch umgekehrt kann die Prämienzahlung nur für eine bestimmte Anzahl von Jahren vereinbart werden. Zum mehrfach genannten Beispiel würde, wenn die Prämienzahlung nach 20 Jahren aufhören sollte, neben den 270 Mk. eine Zusatzprämie von 96 Mk. jährlich zu zahlen sein. In diesem Fall würde die Summe von 10000 Mk. jederzeit beim Tode des Versicherungsnehmers ausbezahlt werden, einerlei, wann derselbe erfolgt. Er hätte aber nur bis zum 51. Jahr Prämien zu bezahlen.

Eine weitere Form der Lebensversicherung besteht eigentlich in einer Umänderung ihres Charakters. Ist sie eigentlich eine Kapitalversicherung für den Todesfall, so kann sie auch zu einer solchen auf den Erlebensfall umgewandelt werden. Dann verpflichtet sich die Versicherungsanstalt, beim Tode des Versicherten, spätestens aber im Erlebensfall bei Erreichung eines von vornherein bestimmten Alters ein festgesetztes Kapital auszuzahlen. Diese Einrichtung empfiehlt sich für alle, die sich ein sorgenloses Alter verschaffen wollen; sie hat naturgemäß auch da Eingang gefunden, wo keine Angehörigen zu versorgen sind, denn in diesem Fall kann das versicherte Kapital bis zum Tode des Besitzers aufgezehrt werden. Am beliebtesten ist das 60. und 65. Lebensjahr als Zeitpunkt der Auszahlung. Im ersten Fall würde bei unserem angenommenen Beispiel eine jährliche Zusatzprämie von 92. im zweiten von 52 Mk. zu zahlen sein.

Der Vorteil dieser Einrichtung liegt übrigens nicht allein auf der Seite der Versicherten. Denn die Anstalten können durch Zwang zu einer Beschränkung der Versicherung auf ein bestimmtes Alter diejenigen Personen, von denen sie ihrer mangelhaften Gesundheit oder ihres gefährlichen Berufes wegen annehmen, daß sie nur eine geringere Lebensaussicht haben, mit höheren Prämienbeträgen belasten, um auf diese Weise besser das größere Risiko tragen zu können. So versichern z. B. manche Gesellschaften Lokomotivführer, Heizer, Schaffner der Eisenbahnen nur bis zum 60. Jahre, Kellner, Gastwirte, Brauer gar nur bis zum 50. Jahr, weil sie auf Grund ihrer Erfahrungen berechnen können, daß diese Personen durchschnittlich kaum über 60, resp. über 50 Jahre alt werden.

Die Lebensversicherung auf den Erlebensfall wird von manchen Gesellschaften auch so betrieben, daß an Stelle des Kapitals eine Rente gewährt wird, die sich naturgemäß nach den Lebensaussichten der betreffenden Person im Jahr des Rentenbeginns handelt. Je schlechter diese

sind, um so höher wird nun die Rente sein müssen. Indessen hängt diese Rentenversicherung mit der uns hier beschäftigenden Lebensversicherung im eigentlichen Sinn nur sehr locker zusammen.

Die Höhe der Versicherungssummen ist meist nach oben und unten hin begrenzt. Als Maximum wird 100 000, gelegentlich auch wohl das doppelte, als Minimum 1000, oder auch einzeln 300 Mk. genannt. Nur einzelne ausländische Gesellschaften haben Lebensversicherungspolizen von größerem Wert, so z. B. zu 1 Million aufgenommen.

Die Versicherungsurkunde stellt einen bestimmten Wert dar, sie ist rechtlich als solcher anerkannt. Sie kann beliehen werden, oder auch als Bezahlung für aufgenommenes Geld verwendet werden. Letzteres Verfahren findet des öfteren Anwendung, wenn jemand sich die nötigen Mittel zur Vorbereitung auf einen Beruf verschaffen will, die ihm selbst fehlen. Er nimmt zu Gunsten eines dritten bei einer Versicherungsanstalt eine Polize auf, die diesem gehört, deren Prämie aber der Versicherte bezahlt. Für die Überlassung der Polize wird eine bestimmte Summe oder eine jährliche Rente gezahlt. Praktisch verläuft die Abwicklung folgendermaßen: Die gesunde, aber mittellose Person, nehmen wir an von 15 Jahren, versichert sein Leben für 10000 Mk. Dafür hat er jährlich 185 Mark zu zahlen. Derjenige, dem er die Polize überläßt, gibt z. B. ihm eine jährliche Rente von 900 Mark für 10 Jahre. Nach Abzug der Prämie bleiben also in diesem Beispiel 715 Mk. jährlich übrig, die zur Ausbildung schon erheblich beitragen können. Hat der inzwischen Ausgebildete in seinem Beruf eine einträgliche Stellung erreicht, so kann er die ihm gezahlten Renten wieder zurückzahlen.

Die Beleihung von Polizen, z. B. wenn der Besitzer einer solchen plötzlich bares Geld gebraucht, findet auch durch die Lebensversicherungsanstalten selbst zu einem nicht besonders hohen Zinsfuß statt. Selbstverständlich dürfen die Polizen nur zu einem Teil beliehen werden, da der Rest als Gutschrift für die etwa bis zum Tode des Versicherten verloren gehenden Zinsen zu gelten hat. Im ganzen sind solche Verluste aber selten, da naturgemäß, schon der Sicherheit der Versorgung der Angehörigen wegen, die beliehenen, d. h. verpfändeten Polizen bald wieder eingelöst werden.

Die Verwaltung der Lebensversicherungsgesellschaften erfolgt in der Weise der andern privaten Versicherungsanstalten, entweder in Form von Aktiengesellschaften, oder von Gesellschaften mit beschränkter Haftpflicht, oder endlich mit der Verpflichtung und den Rechten der Gegenseitigkeit des Inhabers der Anteilscheine. Im übrigen pflegt wie üblich

die Leitung solcher Institute in den Händen des Vorstandes, des Aufsichtsrates und der Mitgliederversammlung zu liegen. Der Vorstand hat seinerseits wieder die Beamtenschaft des Unternehmens zu ernennen, ihre Tätigkeit zu leiten und zu überwachen.

Alle Einrichtungen und geschäftlichen Handlungen der Lebensversicherungsgesellschaften stehen wie bei den anderen Versicherungsgesellschaften unter der Kontrolle des Kaiserlichen Aufsichtsamtes für Privatversicherung, das insbesondere die Ansammlung von Sicherheitsfonds, die Verwendung der Überschüsse, die Verteilung der Dividende und die Anlage von aufgesammelten Kapitalien, endlich den Geschäftsgang und den Rechenschaftsbericht zu prüfen hat.

Will jemand sein Leben versichern, so hat er sich dazu an einen Agenten einer der Anstalten zu wenden, die die Lebensversicherung betreiben. Die Agenten sind von diesen angestellt und beziehen Provision von den durch sie vermittelten Versicherungen. Ihre Aufgabe ist es, eine Werbetätigkeit für die Anstalten auszuüben. Sie haben ein kaufmännisches Interesse an dem Zustandekommen des Antrags, werden sich also vorzugsweise an solche Leute wenden, von denen sie voraussetzen, daß sie gesund und in der Lage sind, die Prämien zu bezahlen. Diese Auswahl ist schwer und deshalb wenden sie sich auch oft an Personen, die an der Lebensversicherung und umgekehrt an denen die Lebensversicherung kein Interesse haben kann. Sie werden dabei die Vorzüge der von ihnen vertretenen Anstalt möglichst hervorzuheben suchen. Dazu ist zu bemerken, daß die vorteilhaftesten Bedingungen von den Anstalten gegeben werden können, deren Gewinn nicht in die Taschen von Unternehmern fließt, sondern als Dividende verteilt wird. Außerdem die Zahl der Versicherten, damit auch die Sicherheit des Geschäftsbetriebes durch die Verkleinerung des Risikos wegen der großen Zahl der Teilnehmer, und schließlich die Billigkeit der Prämien in Betracht; doch darf auf den letzten Punkt nicht das gleiche Gewicht gelegt werden wie auf die beiden ersten. Das sind Winke, die auch für Sie selbst, m. H.!, bei Auswahl einer Lebensversicherung von Wichtigkeit sein müssen.

Die zu versichernde Person hat, nachdem sie durch den Agenten den schriftlichen Wunsch nach Abschluß einer Versicherung ausgedrückt hat, eine sog. Deklaration auszufertigen, die über den Personenstand, die Beschäftigung und über die gesundheitlichen Verhältnisse Auskunft geben soll, und zwar allein so, wie der zu Versichernde selbst darüber denkt. Besonders die Fragen nach den gesundheitlichen Verhältnissen

sind sehr ausgedehnt und zahlreich; sie gehen meiner Ansicht nach manchmal zu sehr ins einzelne, als daß der Laie sie beantworten könnte. Genaue Fragen werden nach den Eltern und Geschwistern gestellt; das beweist, wie sehr den Anstalten an der Kenntnis der Belastung der zu versichernden Personen gelegen ist. Wir werden, wenn wir uns in der nächsten Vorlesung genauer mit diesen Fragen beschäftigen, wie sie auch an den Arzt gestellt werden, erfahren, daß eine Reihe von Krankheiten, bei denen von eigentlicher Vererbung nicht die Rede sein kann, doch mit zu denen gerechnet werden, die auf die Lebensaussicht der Nachkommen von Einfluß sind. Es ist nur natürlich, wenn die Anstalten, die durch ihre eigenen Ärzte hierin beraten werden, auch schon in Fällen, wo die Wissenschaft von einer exakten Vererbung noch nichts bestimmtes weiß oder sagen kann, Wert auf genaue Auskunft hierin legen. Die Angabe des Namens des Hausarztes oder der früher und jetzt behandelnden Ärzte wird naturgemäß ebenfalls gefordert. Bei Frauen wird die Beantwortung besonderer Fragen verlangt, die sich auf die Geschlechtsorgane beziehen.

Im allgemeinen gewinnt die Gesellschaft bereits aus der Deklaration ein Bild von den Lebens-, d. h. Berufs- und Gesundheitsverhältnissen des Antragstellers. Sie zieht nun weitere Auskünfte über den Betreffenden ein. Einmal ist es Aufgabe des Agenten, die Berufs- und Vermögensverhältnisse des Betreffenden durch Umfragen näher kennen zu lernen, eventuell festzustellen, ob seine Lebensweise, nach jeder Richtung hin untersucht, irgendwie Anlaß zur Befürchtung für eine geringe Lebensaussicht bietet. Weiter werden die in der Deklaration aufgeführten Ärzte zwar nicht regelmäßig, aber doch meist und vor allem, wenn der Anstalt daran liegt, irgend eine genauere Auskunft über einen Krankheitszustand zu erhalten, aufgefordert, sich im Ganzen über die Gesundheit des Antragstellers oder über den besonderen Zustand während ihrer Behandlung zu äußern. Dasselbe kann auch während des ganzen anschließenden Verfahrens geschehen. Der Agent übergibt nämlich die Deklaration, die mit der Bescheinigung des Antragstellers zu versehen ist, daß alle Fragen vollständig und wahrheitsgetreu beantwortet sind, dem Vertrauensarzt der Gesellschaft. Solche Vertrauensärzte werden von den Anstalten an allen größeren Städten ein- für allemal ernannt. Der Antragsteller wird darauf von dem Vertrauensarzt untersucht; dieser hat sich nun, ganz absehend von den Antworten der Deklaration, seinerseits über den augenblicklichen Zustand der Person und über die mehr oder weniger große Lebensaussicht derselben zu äußern. Dabei wird in den Fragen des vertrauensärztlichen Gutachtens insbesondere auf Krankheiten eingegangen — denn es handelt sich in

allen diesen Fällen um auszufüllende Formulare — die nach alter Erfahrung am häufigsten einen vorzeitigen Tod herbeizuführen pflegen, wie z. B. Lungentuberkulose und Herzkrankheiten. Die letzte Frage eines solchen vertrauensärztlichen Gutachtens gibt den Zweck desselben im Ganzen an; nämlich „glauben Sie, daß die zu versichernde Person Anwartschaft auf Erreichung eines hohen Lebensalters habe?“ Je größer diese Anwartschaft, um so günstiger der Abschluß eines solchen Vertrages für die Gesellschaft. Alle Fragen des Formulars sind durch Beschreibung zu beantworten, nicht durch Bezeichnungen wie „normal“ oder durch Zeichen. Das vertrauensärztliche Gutachten enthält Berufsgeheimnisse, es muß daher der Antragsteller seine Genehmigung zur Ausfertigung desselben gegeben haben. Es muß auch der Anstalt direkt übersandt werden, und zwar ohne daß der Agent Einblick darin genommen hat. Die Wahl oder der Vorschlag eines anderen Arztes ist meist nicht gestattet. Nur einzelne Anstalten haben die Gepflogenheit, die Wahl des Vertrauensarztes dem Antragsteller zu überlassen oder ihn wenigstens unter mehreren Ärzten wählen zu lassen; mir scheint das Prinzip der Anstaltsvertrauensärzte, die dem Kranken möglichst unbeteiligt und objektiv gegenüberstehen müssen, richtiger. Denn es kommt darauf an, ein ganz unbeeinflußtes Bild von dem gegenwärtigen Gesundheitszustand zu gewinnen. Alle weiter notwendig werdenden Erkundigungen bei den früheren oder jetzigen Ärzten des Antragstellers werden besser in besonderen Anfragen eingeholt.

Erforderlich ist weiter eine behördliche Ausfertigung über das Alter, da auf dessen sicherer Feststellung, wie wir gesehen haben, die Prämienberechnung beruht. Das Bild klärt sich nun für die Anstalt weiter auf. Sie kann jetzt feststellen, wie große Lebenaussichten die betreffende Person hat, wenn sie ganz gesund ist und kein irgendwie die Gesundheit schädigendes Leben führt. Über das erstere unterrichtet sie das vertrauensärztliche Gutachten, über das zweite die Feststellungen des Agenten. Die Gesellschaft entscheidet nun über die Annahme des Antrags, nachdem der Anstaltsarzt, vielfach auch Revisionsarzt genannt, der sich, oft unter Ausschluß anderer ärztlicher Tätigkeit, allein mit diesen Dingen zu beschäftigen hat, über die Qualität des Antrags, über die Aussicht des Antragstellers, ein hohes Alter zu erreichen, also über die Eignung des Antragstellers zur Lebensversicherung das endgültige Urteil abgegeben hat. Hier wird zum ersten Male der Nutzen der Gesellschaft zum alleinigen Prinzip einer Begutachtung gemacht; vorher handelte es sich um objektive Darstellungen. Empfiehlt der Gesellschaftsarzt den Vertrag als günstig für die

Anstalt, so wird er, wenn nicht die Auskünfte über die pekuniäre Lage des Antragstellers ungünstiges melden, angenommen und die Polize ausgestellt. Ist diese einmal in Händen des Versicherten, so kann, abgesehen von dem Nachweis, daß irgendwelche Fragen wissentlich falsch beantwortet sind, der Vertrag nicht mehr gelöst werden, es sei denn unter Zurückzahlung der Prämien und deren Zinsen. Der Versicherte ist insofern günstiger daran als die Anstalt, als letztere von nun ab das Interesse an einem möglichst langen Leben des Versicherten im Hinblick auf günstiges Geschäftsergebnis hat, ersterem aber die Versicherungssumme ausgezahlt wird, ganz einerlei, wie alt er wird. Es hätte also eigentlich die Anstalt Interesse daran, eine möglichst lange Lebensdauer herbeizuführen, also auch z. B. später entstehende Krankheiten behandeln und heilen zu lassen, so wie die Invalidenversicherungsanstalten Interesse an dem möglichst späten Eintritt der Invalidität, d. h. der Rentenzahlung haben. Doch ist die Übernahme des Heilverfahrens seitens der Lebensversicherungsanstalten bisher beharrlich abgelehnt worden, und zwar mit der zweifellos einwandfreien Motivierung, daß sie lieber eine ganz besonders sorgfältige Auswahl unter den zu versichernden Personen treffen wolle, als ihr Geschäft mit den hohen Ausgaben für das Heilverfahren zu belasten.

In gleicher Weise, wenn auch im Einzelnen nach den schon vorher besprochenen Zwecken abgeändert, werden die Anträge auf andere Arten der Lebensversicherung behandelt und die Verträge abgeschlossen.

Einige Gesellschaften haben es früher rundweg abgelehnt, Personen mit ungünstiger Lebensaussicht, d. h. mit bestehenden Krankheiten, die in kürzerer oder längerer Zeit zum Tode führen können, in die Versicherung aufzunehmen. Andere versuchten dieses Risiko auszugleichen, und zwar indem sie entweder die Prämie erhöhten oder, was ja im Grunde genommen auf dasselbe hinauskommt, die Versicherung nur für ein bestimmtes Lebensalter zuließen. Die Abschätzung des Risikos im einzelnen Fall bei solchen Antragstellern ist außerordentlich schwer und kann nur auf Grund reicher Erfahrungen vorgenommen werden. Arzt, Statistiker, Verwaltungsbeamte und ein mathematischer Sachverständiger, der sich vor allem auf die Wahrscheinlichkeitsrechnung versteht, müssen hier gemeinsam in den Dienst der Gesellschaft treten. Schwere Erkrankte können selbstverständlich überhaupt nicht versichert werden. Die meisten Gesellschaften lehnen sie ab, auch bei Angebot höherer Prämie. Indessen gibt es doch einige wenige Gesellschaften, die jeden Lebenden sogar ohne ärztliche Untersuchung, ganz einerlei, ob krank oder gesund, unter ihre Versicherten aufnehmen. Sie stellen ihre Berechnungen auf Grund

der allgemeinen, für die Gesamtbevölkerung gültigen Daten der Lebensaussicht für jedes einzelne Jahr an, wie sie z. B. vom königl. preußischen statistischen Bureau sowie von der Reichsstatistik geliefert wird. Sie versichern ferner nur auf verhältnismäßig kleine Summen (bis zu 2000 Mk.) und lassen sich natürlich auch eine verhältnismäßig hohe Prämie zahlen. Diese Gesellschaften befinden sich unerwarteter Weise durchschnittlich in guter Geschäftslage und verteilen ansehnliche Dividenden, doch sind sie als günstige Anlage eigentlich nur für Kranke zu betrachten, und es ist verwunderlich, daß sie von diesen nicht mehr ausgenutzt werden. Ihre Hauptvertretung haben sie übrigens in England und Amerika gefunden.

Wir haben uns noch kurz mit dem Fortbestand der Versicherung bei besonderen und selten eintretenden Verhältnissen zu beschäftigen. Wir haben schon gesehen, daß Entstellung und Verheimlichung der Wahrheit, ebenso falsche Angaben in Zeugnissen, die Versicherung unterbrechen; doch kann die Gesellschaft stillschweigend oder ausdrücklich den Fortbestand der Polize anerkennen. An und für sich wäre es für sie vorteilhaft, wenn während gewisser Zeiten, in denen die Todesgefahr erhöht ist, z. B. bei Krieg oder Seuchen, die Versicherung ruhte; das ist indessen nicht der Fall. Die Dienstleistungen unter der allgemeinen Wehrpflicht im Kriege sowie die Beteiligung an demselben als „Nichtkombattant“ gilt ohne weiteres als unter die Versicherung fallend. Berufssoldaten dagegen haben eine Kriegszuschlagsprämie zu entrichten, besonders für außereuropäische Kriege.

Entsprechend dem gesteigerten Verkehr und der Sicherheit desselben sind Versicherte auf Reisen in europäischen Ländern, auf dem Mittelmeer, nach Ägypten und nach Nordamerika, oder bei Wohnsitzverlegungen an diese Orte ohne Einfluß auf die Versicherung. Bei weiteren Reisen aber muß die Genehmigung der Gesellschaft oder die Suspension der Versicherung verlangt werden. Auch hier werden Zuschlagsprämien bezahlt. Selbstmord, der durch geistige Störung oder durch schwere körperliche Leiden veranlaßt wird, gilt fast überall dem natürlichen Tode gleich; bei anderen Fällen von Selbstmord wird nur ein mehr oder minder großer Teil der eingezahlten Prämie zurückerstattet.

Die Ansprüche auf Auszahlung der Versicherungssumme sind sobald als möglich nach dem Tode des Versicherten zu erheben. Sie erlöschen satzungsgemäß nach verschieden langer Zeit (mehrere Monate bis mehrere Jahre). Die Anzeige, resp. der Anspruch ist an den Agenten oder an die Gesellschaft zu richten. Es muß ein amtlicher Totenschein, eine

„Sterbeurkunde“ der Standesämter beigelegt werden, andere Papiere ähnlichen Inhalts, kirchliche Totenscheine, oder Begräbnisurkunden genügen nicht. Außerdem ist erforderlich ein genauer Bericht des Arztes über die letzte Krankheit oder über die Ursache des Todes. Er muß eine Beschreibung des Herganges der Krankheit mit ihren Erscheinungen enthalten. Im Falle, daß ein Versicherter stirbt, ohne einen Arzt zugezogen zu haben, ist die Besichtigung der Leiche durch den beamteten Arzt notwendig. Diese beiden Schriftstücke sind von den Angehörigen zu beschaffen, die Kosten dafür fallen ihnen zur Last. Bei ordnungsmäßiger Anmeldung soll die Versicherungssumme durch Bank- oder Postsendung sofort ausgezahlt werden, da erfahrungsgemäß gerade in der nächsten Zeit nach einem Todesfall den Hinterbliebenen bares Geld am meisten willkommen sein muß.

Es ist noch zu erwähnen, daß die Lebensversicherungsgesellschaften in corpore mit den ärztlichen Standesvertretungen Verträge abgeschlossen haben, nach denen für das vertrauensärztliche Gutachten 10 Mk., für die hausärztlichen Atteste 5 Mk. bezahlt werden: Summen, die im allgemeinen nicht gerade als sehr hoch zu bezeichnen sind, wenn man die Anzahl der zu beantwortenden Fragen und die zur gründlichen Untersuchung notwendige Zeit berücksichtigt. Dagegen sind die eigentlichen Gesellschaftsärzte bei den geschäftlich gut geleiteten Gesellschaften wohl meist materiell einigermaßen günstig gestellt. Vor allem geben diese Stellen Gelegenheit zu vielfacher sehr interessanter Arbeit, zu reicher Überlegung bedürftenden Entscheidungen auf ärztlichem Gebiet und zu Einblicken in unser modernes Kulturleben, wie sie nur wenigen Ärzten, von Laien ganz abgesehen, zu Teil werden.

Elfte Vorlesung.

Arzt und Lebensversicherung.

Voraussetzungen der Lebensversicherung. Absterbeordnung. Beurteilung des Gesundheitszustandes. Gutachten. Schweigepflicht. Schwierigkeit der Untersuchung. Die Untersuchung bei einzelnen besonders wichtigen Krankheiten: Diabetes. Nephritis. Herzkrankheiten. Körpergröße — Gewicht. Fettleibigkeit, Phthise. Erblichkeit der Krankheiten. Belastung. Vorkrankheiten. Körpermaße. Hals-, Brustkorb-, Bauch-Umfang. Respiratorische Differenz.

Aufgaben des Vertrauensarztes. Individuelle Beurteilung.

Aufgaben des Gesellschaftsarztes. Individuelle Auslese.

Nationalökonomische Ergebnisse und Forschungen der Lebensversicherungsanstalt. Sterblichkeit der Ärzte.

Literatur:

Westergaard, Die Lehre von der Mortalität und Morbidität. Jena. 2. Aufl. 1901.

Buchheim, Die ärztliche Versicherungsdiagnostik. Wien 1897.

Aus der Praxis der Gothaer Lebensversicherungsbank. Jena. 1902.

Wagner, Das Problem vom Risiko in der Lebensversicherung. Jena. 1898.

Die Lebensversicherung und ihre Träger, die sich mit ihr befassenden Anstalten, bedürfen des Arztes, wenn überhaupt eine Auswahl der zu versichernden Personen stattfinden soll. Und, wie wir gesehen haben, beruht gerade auf der vorsichtigen Aufnahme derselben und der möglichst vollständigen Ausscheidung aller kranken oder in naher Zukunft erkrankenden Antragsteller das Gedeihen der Gesellschaften. Der Grundsatz, von dem ausgegangen werden muß, lautet: nur solche Menschen, die Aussicht haben, ein hohes Alter zu erreichen, dürfen versichert werden. Bei welchen Personen kann man das nun behaupten, und von welchen Überlegungen aus darf man jemandem diese Aussicht zusprechen? Es ist klar, daß wenn eine solche Frage überhaupt beantwortet werden soll, sie vor allem von Ärzten und nur auf Grund ärztlicher Untersuchungen beantwortet

werden muß. Denn Krankheiten und deren Anlagen sind gerade diejenigen Faktoren, die als lebensverkürzende einer gewissen und nicht einmal vollständigen Berechnung im Einzelfall zugänglich sind. Außer ihnen kommen nur die Berufsgefahren in Betracht, oder Unfälle bei bestimmter bekannter Tätigkeit, um nach ihnen im allgemeinen auf Grund statistischer Untersuchungen das Risiko des einzelnen abzuschätzen. Den Gefahren des täglichen Lebens aber sind wir alle mit gleicher Wahrscheinlichkeit ausgesetzt. Sie kommen für die Auswahl der zu versichernden Personen also nicht in Frage; die Versicherungsträger müssen einfach mit ihnen bei allen Versicherten gleichmäßig rechnen. Die Häufigkeit der Unfälle bei bestimmten Berufen und Tätigkeiten hat dazu geführt, daß diejenigen, die sie ausüben, wie wir bereits gehört haben, teilweise überhaupt nicht, wenn die Gefahren allzugroß und allzuhäufig sind, oder nur unter besonderen Bedingungen versichert werden. Ganze Klassen von im übrigen gesunden und versicherungsfähigen Menschen werden damit ausgeschieden. Das Risiko der Gesellschaften — oder wie die Sprache der Versicherungsbureaukratie es genannt hat — ihr Risiko, nämlich das der Versicherten, ist zu groß. Die Auswahl bezüglich dieser versicherungstechnisch in Betracht kommenden Momente ist vom grünen Tisch aus auf Grund statistischer Berechnungen zu erledigen.

Ganz anders liegt die Sache, wenn es sich um den Nachweis einer Aussicht auf ein langes Leben abgesehen von Berufsgefahren handelt. Allgemein kann man von der einfachen Tatsache ausgehen, daß mit zunehmenden Jahren die Lebensaussicht geringer wird. Kann man auf Grund statistischer Erhebung die Bevölkerung eines abgegrenzten Landesteils übersehen, z. B. während eines Jahrhunderts, so ist es nicht schwer, eine Absterbeordnung festzustellen. Dabei sind naturgemäß alle Lebenden, einerlei ob gesund oder krank, einbegriffen. Die Resultate sind Durchschnittswerte; je größer die Grundlagen, um so sicherer. Wollten die Gesellschaften diese Statistiken ihren Prämienberechnungen zu Grunde legen, so würden diese sehr viel höher sein müssen als sie heute durchschnittlich sind. Nur wenige Gesellschaften versichern auf kleine Summen nach dieser aus allgemeinen Daten berechneten Absterbeordnung, also ohne ärztliche Untersuchung; der Nachweis des am Lebenseins genügt. Doch verlangen sie meist auch den Nachweis der Arbeitsfähigkeit, um nicht von Kranken überschwemmt und Todeskandidaten getäuscht zu werden.

Wenn die Prämien niedrig sein sollen, so muß eine Ausscheidung der Personen mit schlechten Lebensaussichten stattfinden. Nur bei

günstigem Risiko können die Einnahmen der Gesellschaften die Ausgaben decken. Das Risiko ist um so besser, je jünger der Betreffende ist, je ungefährlicher sein Beruf ist und je weniger Aussicht er hat, durch Krankheit früh zu sterben. Die Aussicht auf Krankheiten, die vorübergehen, spielt für die Lebensversicherung keine Rolle, insofern nicht die Lebensaussichten durch sie irgendwie direkt oder indirekt eingeschränkt werden. Nur die Wahrscheinlichkeit des Todesfalls ist von Bedeutung. Daß eine Person plötzlich von einer tötlichen Krankheit befallen wird, liegt außerhalb der Möglichkeit der Vorhersage. Wohl aber läßt sich die im Augenblick der Untersuchung bestehende Gesundheit, der gesamte körperliche Zustand, die Konstitution, die etwa vorhandene Anlage zu Krankheiten erkennen. Und auf Grund dieser Feststellungen lassen sich bei Berücksichtigung der statistisch zusammengestellten Erfahrungen der Gesellschaften in der Tat gewisse, freilich nicht verbindliche aber doch wahrscheinliche Schlüsse auf die Lebensaussichten der Betreffenden ziehen.

Es ist im wesentlichen Sache des Vertrauensarztes, die hauptsächlichen Grundlagen für die Beurteilung der Gesundheit des Antragstellers zu beschaffen. Jedoch ist es auch Aufgabe des Agenten, sich wenigstens nach den Anschauungen seiner Umgebung über die fragliche Person zu erkundigen, eventuell festzustellen, ob und welche früheren Krankheiten ihrer selbst und ihrer Familie hier bekannt sind. Solche Erkundigungen sollen die Agenten, wie es besonders vorgeschrieben wird, vorwiegend im Kreise der bereits Versicherten einziehen, von denen ihnen einige besonders zuverlässige wohl stets bekannt sein werden. Bei den Versicherungsanstalten auf Gegenseitigkeit und Gewinnbeteiligung haben die Polizeninhaber ja ein großes Interesse daran, daß alle neu in die Gesellschaft eintretenden recht genau bekannt, vor allem recht gesund sind.

Die Anfragen, die an die Hausärzte und — wo solcher nicht vorhanden — an frühere Ärzte des Antragstellers gerichtet werden, betreffen mehr einzelne Punkte, sind nur Bausteine zu der gesamten Beurteilung der Person desselben. Für alle diese Anfragen muß übrigens, wie wir das ja nach früheren Erörterungen schon kennen, der sich Versichernde den antwortenden Ärzten schriftlich bestätigen, daß er sie im voraus für seine Angelegenheiten der Schweigepflicht entbindet. Nur unter dieser Voraussetzung ist eine Beantwortung des Fragebogens zulässig und eine gerechte Begutachtung möglich.

Der Arzt wird die Aussichten eines Menschen auf ein hohes Alter als günstig bezeichnen, wenn dieser ganz gesund ist, d. h. wenn unsere Untersuchung an seinen inneren und äußeren Organen nichts abnormes

nachweisen kann. Umgekehrt werden wir seinen alsbald erfolgenden oder wenigstens eher als bei einem Gesunden eintretenden Tod annehmen, wenn er krank ist. Während einer akuten Krankheit wird jemand kaum eine Lebensversicherung aufnehmen, und sollte es doch der Zufall oder böse Absicht wollen, so wird die Anstalt ohne weiteres verlangen können, daß die Untersuchung seitens des Vertrauensarztes erst stattfindet, wenn die Krankheit vorüber ist. Es ist das durchaus auch im Interesse des Antragstellers gelegen, denn viele Anstalten haben ein für allemal den sehr berechtigten Grundsatz aufgestellt, daß wirklich Kranke überhaupt nicht aufgenommen werden, es sei denn, sie litten an einem Leiden, das als direkte Todesursache oder als Beihilfe dazu nicht angesehen werden kann. Stellt also der Vertrauensarzt ein ernstliches Leiden fest — wir werden gleich sehen, welche Art von Krankheiten hier dazu zu rechnen sind — so ist der Antrag für die Gesellschaft erledigt und wird abgelehnt. Die einzelnen Anstalten sind zwar der Strenge ihres Urteils nach von einander verschieden, aber sie haben sich doch soweit zusammengefunden, daß sie einander die Namen abgelehnter Antragsteller mitteilen, so daß jemand, der einmal Mißerfolg bei der Aufnahme einer Lebensversicherung gehabt hat, von den strengeren Gesellschaften stets, jedenfalls meist wohl auch von den anderen abgelehnt werden wird.

Eine bestehende Krankheit festzustellen, macht für den geübten Untersucher keine Schwierigkeiten: es muß eben nur genau untersucht werden. Diese Exaktheit wird von der Gesellschaft durch die Fragestellung der Formulare befördert. Der Befund soll stets mit Worten beschrieben werden, weil sich allein daraus für den Dritten ein Urteil über den Zustand gewinnen läßt. Die Tätigkeit des Vertrauensarztes ist vorwiegend eine berichtende, der Bankarzt erst beurteilt — auf Grund aller Auskünfte — allein das Risiko.

Die Gegenwart jeder Krankheit auszuschließen, ist schon schwerer. Aber auch hier leistet die genaue Untersuchung sehr viel. Am schwierigsten zu beurteilen ist das Vorhandensein von Krankheitsanlagen, denen nach ärztlicher Erfahrung jederzeit die Krankheit selbst folgen kann.

Das erste Erfordernis eines guten vertrauensärztlichen Gutachtens ist die Aufnahme eines eingehenden Status und einer ebensolchen Anamnese. Daß der ganze Mensch durchuntersucht wird, versteht sich von selbst. Bestimmte Krankheiten oder Zustände sind den Lebensversicherungsgesellschaften so oft recht teuer gekommen, daß sie auf dieselben mit doppelter Energie fahnden lassen und ihre Fragen danach einrichten. Dahin gehören z. B. frühzeitige Alterserscheinungen, die uns ja in Form

der Arteriosklerose, leichter muskulärer Ermüdbarkeit und intellektueller Schwäche bekannt genug sind. Je frühzeitiger bei einem Menschen solche Phänomene eintreten, um so eher wird er im allgemeinen Aussicht haben, bald sein Leben zu enden. Der Vergleich des Aussehens mit dem wirklichen Alter spielt deshalb eine sehr wichtige Rolle. Weiter werden besonders beachtet die Tuberkulose, die Herzkrankheiten, die Nephritiden, der Diabetes und die parasyphilitischen Gehirn- und Rückenmarkserkrankungen. Wir können hier nicht im einzelnen besprechen, wie die genannten und andere für die Lebensversicherungsanstalten wichtige Leiden am besten zu diagnostizieren sind; das ist die Aufgabe klinischer Vorlesungen und der Handbücher der klinischen Diagnostik. Indessen mögen einige Fragen hier doch kurz berührt werden.

Der Diabetes erfordert eine qualitative und quantitative Untersuchung des Harns auf Zucker, eventuell noch auf Aceton- und Acetessigsäure. Abgesehen von der technischen Schwierigkeit, die Menge des Zuckers zu bestimmen, und bei kleinen Mengen des tatsächlichen Vorhandenseins auch denselben ohne ein einigermaßen wohleingerichtetes chemisches Laboratorium nachzuweisen, braucht bekanntlich der Zuckernachweis keinen Diabetes zu bedeuten. Da der Vertrauensarzt den Antragsteller nur einmal untersucht, so kann es sich sehr wohl um eine der bekannten vorübergehenden Zuckerausscheidungen handeln. Infolgedessen ist eine eingehende Prüfung dieses Vorkommnisses, eventuell eine Bestimmung der Fähigkeit des Körpers, den Zucker zu verbrennen, notwendig. Natürlich können solche Untersuchungen kaum anders als in einem Krankenhause oder einer Klinik vorgenommen werden; sie würden die Kosten für die vertrauensärztliche Untersuchung, die laut allgemeiner Abmachung mit dem Deutschen Ärztevereinsbund auf 10 Mk. angesetzt sind, erheblich erhöhen. Doch scheint es mir, als wenn die Gesellschaften auf ihren Vorteil, der eben in einer genauen Feststellung des gesundheitlichen Zustandes liegt, doch so bedacht sein müßten, daß bei den großen Summen, die ihnen durch eine sorgfältige Untersuchung erspart werden, die Kosten hierfür nicht ins Gewicht fallen dürften. Man würde solche Kranke für einige Tage auf eine Kost setzen, die die gewöhnlichen Mengen von Kohlehydraten enthält und dabei dauernd die Zuckerausscheidung beobachten. Am Schluß einer solchen Prüfung müßte ein Versuch mit reichlicher Zufuhr von Zucker gemacht werden, um zu erfahren, wo die Toleranzgrenze für die Verarbeitung alimentär zugeführter Zuckermengen gelegen ist. Es ist bekannt, daß Leute, die zu Diabetes disponieren, schon vorher nur eine

sehr geringe Toleranz gegen Zucker zeigen, daß bei ihnen bereits nach kleinen Mengen eine alimentäre Glykosurie e sacharo auftritt. Später kommt dann dieselbe Erscheinung auch bei reichlicherer Zufuhr von Amylum zustande. Über das Bestehen der Zuckerkrankheit, über die Anlage dazu kann man nur auf solche Weise unterrichtet werden; deshalb scheint mir die neuerdings mehr und mehr in den Vordergrund getretene funktionelle Diagnostik auch für die Interessen der Lebensversicherung von großem Wert.

Um bei der Untersuchung des Harns zu bleiben, so wissen wir, daß die Ausscheidung von Eiweiß nicht notwendig eine Nephritis oder eine Kompensationsstörung durch Herzerkrankung zu bedeuten hat. Es gibt viele Personen, die Eiweiß nach Anstrengungen, nach Genuß bestimmter Speisen, freilich nur in geringen Mengen ausscheiden, ja sogar Cylinder findet man bei ganz gesunden Leuten nach größerer körperlicher Arbeit häufiger, ohne daß sie eine Nephritis hätten. Aber zweifellos sind, soweit überhaupt Schätzungen hier möglich sind, diese Leute eher für Erkrankungen der Nieren disponiert, als diejenigen, auf die die aufgeführten Momente nicht solchen Einfluß haben. Und deshalb verdient die funktionelle Diagnostik der Niereninsuffizienz, wie man sich ärztlich wohl am besten ausdrückt, wiederum die Aufmerksamkeit der Anstalten, die die Ausschließung minderwertiger Leben als Grundsatz ausgesprochen haben.

Nicht viel anders liegen die Verhältnisse bei der Herzuntersuchung. Auch hier läßt sich die Untersuchung des Herzens und der Gefäße mit den Apparaten zur Bestimmung des arteriellen Blutdrucks und eventuell mittelst der Röntgenstrahlen vor und nach gewissen Verrichtungen, z. B. ebenfalls nach körperlicher Arbeit, Zustände krankhafter Veränderung erkennen, die bei einmaliger Untersuchung in der Ruhe auch dem Auge des schärfsten Diagnostikers verborgen bleiben würden. Die Ausführung solcher Untersuchungstechniken zu beschreiben, ist wohl hiernicht unsere Angelegenheit. Sie sollte viel mehr als bisher üblich eingeführt werden, trotzdem sie Zeit und Muße beansprucht. Kommt es den Gesellschaften wirklich auf eine einwandfreie Auswahl möglichst günstiger Risiken an, so wird sich diese Bereicherung unser ärztlichen Diagnostik, die sich namentlich auf die Anfangsstadien von sonst noch unerkannten und unerkennbaren Leiden sowie auf die Anlage dazu beziehen, für die Praxis der vertrauensärztlichen Begutachtung nicht umgehen lassen. Zwar soll die Untersuchung, und wie mehrfach hervorgehoben wird, auch das von der Gesellschaft gelieferte Formular möglichst einfach gehalten sein. Aber, wie

wir heute mit Staunen vernehmen, daß noch 1885 die Einführung der obligatorischen Prüfung der Kniesehnen- und der Pupillenreflexe in die Formulare auf entschiedenem Widerstand stieß, so wird sich zweifellos auch die funktionelle Diagnostik, deren Studium ich Ihnen, m. H.!, selbstverständlich in Verbindung mit der vorangehenden übrigen Untersuchung, auf das dringendste empfehlen möchte, auch bei den Lebensversicherungsanstalten die ihr gebührende Stellung erwerben.

Wir haben bereits davon gesprochen, daß die Gesellschaften einzelne Krankheiten besonders zu fürchten gelernt haben. Auf ihre frühzeitige Erkennung und die der etwa vorhandenen Neigung der Konstitution dazu legen sie mit Recht den größten Wert. Die Fragen des vertrauensärztlichen Formulars enthalten alle möglichen Hinweise darauf neben denjenigen, die sich auf den Zustand der einzelnen Organe beziehen. Das Verhältnis der Körpergröße zum Körpergewicht z. B. ist bei gesunden Menschen an bestimmte Grenzen gebunden, und alle Veränderungen dieses Verhältnisses sind von Wert für die Begutachtung der Konstitution. Ein kurzer schwerer Mensch ist offenbar dick, leidet wahrscheinlich an Fettleibigkeit und erfahrungsgemäß oft in höherem Alter an Gefäßveränderungen, neigt, wie der Laienmund es ausdrückt, zu Schlagflüssen, d. h. zu Apoplexien oder Embolien, oder er hat Beschwerden von Seiten des Herzens, da sich mit allgemeiner Fettleibigkeit das Fettherz öfter verbindet. Die Fettleibigkeit muß ihre Ursachen haben. Fett werden Vieleser, Alkoholiker, Stubenhocker; der Alkoholismus aber ist einer der größten Feinde der günstigen Lebensaussichten. — Umgekehrt ist ein langer, leichter Mensch offenbar schlecht genährt, und auch dieser schlechte Ernährungszustand steht wieder, wie Sie ja aus alltäglicher Erfahrung wissen, mit gewissen zehrenden Krankheiten in ursächlichem Zusammenhang. Denken Sie nur an Carcinom und Phthise. Namentlich die letztere kommt für die Lebensversicherung wesentlich in Betracht, und auf die Erkennung ihrer Anfangsstadien und ihrer Anlagen muß außerordentlich genau geachtet werden. Namentlich ist die Vorgeschichte des Antragstellers genau zu studieren. Die Anamnese der Phthisiker weist nun eine Reihe sehr interessanter Punkte auf, die teilweise mit in das allgemeine biologische Gebiet hinüberspielen. Hauptsächlich ist es die Frage der Erbllichkeit der Tuberkulose, die hier ein großes praktisches Interesse gewinnt. Die Vorgeschichte des Antragstellers soll deshalb in der Deklaration und in den vertrauensärztlichen Gutachten nicht nur ab ovo, sondern ab ovis ovorum beginnen, d. h. sich bereits mit den 4 Großeltern beschäftigen und deren Todesursachen

zu eruieren suchen. Krankheiten und Todesursache der Eltern können jetzt in den meisten Fällen genau festgestellt werden; je leichter, um so jünger die Antragsteller sind, je mehr also die Todesdaten ihrer Eltern schon die in der Zeit der obligatorischen Totenscheine hineinfallen.

Das Kapitel von der Erbllichkeit von Krankheiten ist bekanntlich eines der heißumstrittensten der allgemeinen Pathologie und besitzt auch Beziehungen zu den Erörterungen, die sich an die großen Fragen der Deszendenztheorie, der Weismannschen Keimplasma-Hypothese und der Vererbung erworbener Eigenschaften anknüpfen. Ärzte, Naturforscher und Philosophen haben sich mit diesen Fragen beschäftigt, ohne zu einer geraden Antwort gekommen zu sein. Häufen sich Krankheiten in einer Familie durch mehrere Geschlechter, so liegt die Vermutung der Vererbung nahe; bei Infektionskrankheiten spielt aber die Ansteckung der Kinder durch die Eltern, ante und post partum, eine sehr wichtige Rolle. Da die Infektion aber allein noch keine Krankheit macht, so hat man gemeint, es sei nicht die Krankheit, sondern die Neigung, die Empfänglichkeit, die vererbt werde. Dagegen ist wiederum zu sagen, daß die allgemeinen Beobachtungen doch darauf hinzuweisen scheinen, daß eine Infektion den befallenen Organismus eher eine gewisse Immunität gewinnen läßt, als daß sie seine Empfänglichkeit erhöht. Warum wird also nicht die erworbene Immunität übertragen? — Alles dies sind Fragen, deren Beantwortung sich noch im Flusse befindet, die vielfach aufgeworfen, auf Grund statistischer Untersuchung verschieden beantwortet sind, deren experimentelle Durchführung, die vielleicht möglich wäre, wegen der erheblichen Opfer an Zeit und Geld noch nicht gelungen ist.

Solange bestimmte und eindeutige Folgerungen nicht gezogen werden können, tun wir gut, uns an die Erfahrungen des täglichen Lebens zu halten, und da ist die Tatsache nicht zu bestreiten, daß jemand, in dessen Aszendenz Fälle von Tuberkulose z. B., aber auch von andern, als erblich angesehenen Krankheiten vorgekommen sind, mit größerer Wahrscheinlichkeit auch wieder daran erkrankt, wie ein anderer, der eine freie „Ahnentafel“ aufzuweisen hat. Denn daß sich diese Vererbung, wenn wir einmal vorgreifend den bestimmten Ausdruck gebrauchen wollen, nicht nur auf die männlichen Vorfahren, sondern auf alle, also auf 4 Großeltern, 8 Urgroßeltern, 16 Ururgroßeltern usw. bezieht, d. h., daß sie der graphischen Darstellung der Ahnentafel entspricht, ist in den letzten Jahren erfreulicher Weise, wenn auch mit wechselndem Erfolg mehreremale scharf betont worden. Wir nennen solche Leute mit erkrankter

Aszendenz belastet. Und den Grad der Belastung kennen zu lernen, ist für die Prognose der Lebensdauer von besonderer Bedeutung, ohne daß sie freilich etwa allein ausschlaggebend wäre. Im Gegenteil, es kann auch bei der Begutachtung von Antragstellern für die Lebensversicherung gar nicht oft genug darauf hingewiesen werden, daß der Belastete gar nicht zu erkranken braucht, daß, um bei der Tuberkulose zu bleiben, bei einem empfänglichen Individuum nur die Widerstandskraft des Organismus erhöht, die Infektionsgelegenheit vermindert zu werden braucht, um eine Erkrankung zu verhindern. Der Belastetste kann der gesundeste, kräftigste und längstlebende werden. Es darf deshalb die Belastung nie allein bewertet werden; jedesmal ist sie sorgsam gegenüber den Vorkrankheiten des Antragstellers, dem augenblicklichen Befund, und, was je bei der Phthise besonders in Betracht kommt, gegenüber dem Beruf und den sozialen und materiellen Verhältnissen abzuwägen.

Nur in seltenen Fällen wird es möglich sein, zu erfahren, daß die Diagnose Tuberkulose bei den Aszendenten gestellt worden ist. Es muß deshalb auch auf diejenigen Krankheiten gefahndet werden, die mit derselben in naher, sei es ursächlicher, sei es insofern in Verbindung stehen, als sie andersartigen Manifestationen des Tuberkelbazillus entsprechen, z. B. Skrofulose, Gelenkeiterungen usw. Das bezieht sich auf die persönliche Anamnese des Antragstellers. Von den Vorkrankheiten der eigentlichen Phthise kommt erfahrungsgemäß die Pleuritis, die Halsdrüsen- und die Mittelohrtuberkulose, sowie die phlyktänulären Augenerkrankungen am meisten in Betracht. Sie bereiten entweder den Boden vor, indem sie einen locus minoris resistentiae schaffen, oder sie sind bereits vom Tuberkelbazillus verursacht. Die Anstalten begnügen sich vorsichtiger Weise nicht mit den Fragen, ob diese oder jene Krankheiten früher durchgemacht seien; sie stellen auch die anscheinend unverfänglicheren, ob Badekuren usw., und welche unternommen worden sind.

Von anderen, wie angenommen wird, erblichen Krankheiten kommen der Diabetes, die Gallensteinkrankheit, die Gicht, die Fettsucht, das Carcinom in Betracht, wenn auch bei manchen von ihnen die Annahme der Vererbung noch auf recht schwachen Füßen ruht. Wieder andere, wohl sicher mit erblichen Anomalien in Verbindung stehende Krankheiten, wie die Hämophilie und einzelne Nerven- und Augenerkrankungen sind so selten, daß sie für den Vertrauensarzt kaum eine Rolle spielen. Solche Personen werden nur in Ausnahmefällen zur Lebensversicherung schreiten.

Besonderen Wert haben die Anstalten schon lange auf bestimmte Körpermaße gelegt, einmal weil sie ein mit absoluten Größen jederzeit unanfechtbar wieder zu produzierendes Material abgeben, mit dem sich spätere Veränderungen vergleichen lassen, dann aber auch, weil sich zweifellos aus einer Anzahl von ihnen bedeutsame Schlüsse ziehen lassen, namentlich wenn eine Vergleichung möglich ist. Der Umfang des Halses ist wegen des Bestehens der schon oben genannten Fettleibigkeit, sowie des Kropfes wegen von Bedeutung, der Umfang des Brustkorbs — gemessen unter den wagerecht ausgestreckten Armen — ist von Bedeutung für die Erkennung von fehlerhaftem Bau des Thorax: Eng- und Schmalbrüstigkeit bei Tuberkulose der Lungen und Anlage dazu und faßförmige Deformation bei Emphysem. Die Differenz zwischen Umfang bei Ein- und Ausatmung ist ein Maß, das schon die Militärärzte als bedeutsam für die Atembewegungen, damit auch für die vitale Kapazität der Lungen erkannt haben, und daß an Wert nicht verloren hat. Geringe Breite der Atemexkursionen kann durch allerlei Erkrankungen der Lungen, des Rippenfells und der Brustwand verursacht werden, unter denen auch hier die Tuberkulose sowie das Emphysem wieder die erste Stelle einnehmen. — Der Umfang des Leibes — in Nabelhöhe zu messen — gibt in Verbindung mit Körperlänge und -gewicht wieder einen neuen Anhalt für etwa vorhandene Fettleibigkeit. Daß alle diese Maßangaben in Zentimetern zu machen sind, versteht sich von selbst.

Die übrigen Fragen des vertrauensärztlichen Formulares beziehen sich auf die Aufnahme eines Status der äußern und inneren Organe, wie Sie, m. H.!, bei Ihrer Beschäftigung in unseren Kliniken sie sich täglich oft genug vollziehen sehen und selbst aufnehmen. Jeder Arzt, der die Stellung eines Vertrauensarztes übernimmt, und deren gibt es bei den 40 deutschen Gesellschaften, die die Lebensversicherung betreiben, eine große Zahl, muß sich klar über seine Aufgaben sein. Vor allem heißt es genau und fein untersuchen, den Befund präzise beschreiben und auf die klaren Fragen klare Antworten geben. Daneben aber muß eine gewisse intuitive, sich nicht allein auf direkte Wahrnehmungen, sondern auf Schlüsse und Vermutungen stützende Tätigkeit hergehen, die die Quellen künftiger Krankheiten kennt und erkennt, die aus Vermutungen oft mehr, als aus bestimmten Tatsachen auf Wege geleitet wird, die dem erstrebten Zweck der Erkenntnis zuführen.

Weit verantwortungsvoller freilich als die fast rein referierende Tätigkeit des Vertrauensarztes ist die des Gesellschaftsarztes, der nun gestützt auf die Auskünfte von Vertrauens- und Hausärzten, von

Agenten und von anderen Versicherungsnehmern seinerseits das letzte Gutachten abzugeben hat, ob man den Antragsteller annehmen, unter welchen Bedingungen man ihn versichern könne oder ob er mit seinem Antrag abzulehnen sei. Diese Entscheidungen sind nicht leicht. Denn auf der einen Seite steht die Rücksicht auf die der Gesellschaft ungünstigen Risiken, deren Gefahren für das materielle Gedeihen des Unternehmens von ausschlaggebender Bedeutung sind, auf der anderen der Wunsch derselben, möglichst viele Versicherte zu haben, um durch das Gewicht der großen Zahl die Gefahren etwa zufällig oder vielmehr schwer zu berechnender sich häufender Todesfälle den Bestand der Gesellschaft zu sichern. Je mehr Versicherte, um so mehr gleichen sich natürlich die unerwarteten Ereignisse aus; auf eine um so größere Anzahl von Personen verteilen sich auch die Beiträge, um so höher sind die Einnahmen aus den Prämien. Der Gesellschaftsarzt wird alle wirklich ungünstigen Risiken ohne weiteres verwerfen, wenn er es mit seiner Tätigkeit ernst nehmen will; er wird alle gesunden Antragsteller ohne weiteres, falls daneben nicht besondere Umstände, wie Berufsgefahren, übermäßiger Alkoholabusus, Morphinismus oder derartiges vorliegt, zur Annahme empfehlen. Die Schwierigkeit beginnt bei den Personen, bei denen die Konstitution in irgend einer Weise zu wünschen übrig läßt, sie steigt bei denen, die die Anlage zu bestimmten Krankheiten in sich tragen und sie wird am größten bei den Personen, die die Anzeichen einer Erkrankung an sich bieten, die sie aber in ihrer Tätigkeit ihnen und womöglich auch anderen kaum merklich beeinträchtigen, die voll arbeitsfähig sind. Hier sind die Gepflogenheiten der einzelnen Gesellschaften verschieden, sowohl der Abweisung nach wie in der Art der Versicherung solcher zweifelhafter Risiken. Manche — und es sind das die bestgeleiteten für die bisher bei ihnen bereits Versicherten — lehnen zweifelhafte Leben ohne weiteres ab, versichern sie überhaupt nicht; andere verlangen für jedes erschwerende Moment eine höhere Prämienzahlung oder versichern nur auf ein bestimmtes Alter. In der Höhe der Prämienzahlung drückt sich am besten die Verschiedenheit der Risiken-Beurteilung seitens der einzelnen Gesellschaften aus. Bei der einen zahlt ein Versicherter mit einer seit drei Jahren symptomlos verlaufenden Affektion der einen Lungenspitze soviel wie bei der anderen eine Person, die ehemals vor vielen Jahren eine Hämoptoe durchgemacht hatte, seitdem aber gesund gewesen ist. Die erstere Gesellschaft wird in den Kreisen des Antragstellers zweifellos bald bekannt werden, und wird ihrer günstigen Prämienzahlungen wegen alsbald mehr um Versicherungen, freilich wohl auch von vielen zweifelhaften

Risiken, angegangen werden, mehr Teilnehmer bekommen und auf diese Weise ein besseres Geschäft machen. Vorsichtigeren Gesellschaften werden vielleicht anfänglich weniger oft um Versicherungen angegangen werden, sie werden bessere Geschäfte machen, weil ihre Ausgaben entsprechend der günstigeren Absterbeordnung ihrer Versicherten geringer sind, und sie werden zweifellos dadurch Antragsteller anlocken. Man darf sagen, daß unsere deutschen Gesellschaften, wenigstens die großen, sich stets einer soliden Geschäftsführung befleißigt haben und, abgesehen von der Aufsicht des Reichsamts für Privatversicherung, auch durch die Namen ihrer Gesellschaftsärzte, zu denen viele ausgezeichnete und zum Teil auch wissenschaftlich hervorragende Männer gehören, eine in andern Ländern, zumal in Amerika und England ungekannte Sicherheit für einwandfreie Beurteilung der Anträge auf Lebensversicherung gewähren.

Eine Richtschnur, nach der wenigstens die Möglichkeit einer Orientierung in den Fragen der Bewertung des Risikos der minderwertigen Leben gegeben ist, ist in einem Buche Buchheims enthalten (Die ärztliche Versicherungsdiagnostik. Wien 1897). Hier werden die minderwertigen Leben in drei Klassen geteilt. Die erste Klasse soll alle die Personen enthalten, deren augenblicklicher Status befriedigend ist, bei denen aber in irgend einer Weise eine Belastung hervortritt, sei es nach der Seite der Tuberkulose, des Diabetes oder der Arteriosklerose; damit ist es aber nicht genug, denn Buchheim hält die Krankheiten aller Organe für „vererbbar“. In die erste Klasse sollen weiter Personen mit solchen Krankheiten gerechnet werden, die keine direkten Störungen hinterlassen haben, aber dafür bekannt sind, daß sie dies öfters in späterer Zeit tun: so z. B. Pleuritis, Gelenkrheumatismus und Lues; endlich alle leichten funktionellen Erkrankungen des Nervensystems.

Die zweite Gefahrenklasse — wir sind diesem Ausdruck schon bei der staatlichen Unfallversicherung begegnet, es sollte hier besser Risikoklasse heißen, — bilden Fälle mit früheren Krankheiten, mit zur Zeit und wahrscheinlich dauernd stationären Verhältnissen: Gelenk- und überhaupt Knochengerüsterkrankungen, die abgelaufen sind, Krankheiten des Zentralnervensystems, wenn kein fortschreitender Prozeß mehr wahrgenommen werden kann, abgeheilte Tuberkuloseveränderungen in der Lunge, morbus Basedowii, Magengeschwüre, deren stationäre Folgen, und die abgelaufene, aber bis zum tertiären Stadium vorgeschritten gewesene Lues.

In die dritte Klasse wurden von Buchheim die gefährdenden Erkrankungen des mittleren und höheren Alters gerechnet: Emphysem, Arteriosklerose, kompensierte Herzfehler, leichter Diabetes, Epilepsie.

Daß die letzte Klasse gerade ein sehr vorteilhaftes Material für die Lebensversicherung abgäbe, wird niemand behaupten wollen. Von den unter den beiden ersten Klassen aufgeführten Krankheiten sind eine ganze Reihe zu nennen, die, selbstverständlich unter gewissen Bedingungen, sich wohl zu einer Versicherung eignen. Nur muß man meines Erachtens davon absehen, sie, weil sie in eine Klasse gerechnet worden sind, nun auch gleichmäßig unter denselben Bedingungen zu versichern. Denn auf die individuelle Beurteilung des einzelnen Antragstellers nach Alter, Beruf, Konstitution und Anamnese, sowie nach dem Status scheint mir der Hauptwert gelegt werden zu müssen. Jeder Schematismus muß dabei vermieden werden. Um nur ein Beispiel herauszugreifen: zwei Personen mit abgelaufenen Lungenerkrankungen tuberkulöser Natur können, ja müssen einander, im Ganzen gemessen, sehr unähnlich in Bezug auf ihre Lebensaussicht sein. Man wird sie nicht gleichmäßig beurteilen können. —

Die Möglichkeit, eine allgemeine Skala der die Lebensaussicht beeinflussenden Momente nach ihrer Wertigkeit aufzustellen, muß zugegeben werden, und es ist Buchheims Verdienst, diese Möglichkeit zuerst öffentlich betont und umfangreich dargelegt zu haben. Jeder für die Lebensversicherung tätige Arzt, vor allem jeder Gesellschaftsarzt wird sich aber seit langem eine solche Skala selbst gebildet haben: Freilich es ist ausgeschlossen, sich an ein derartiges Schema zu binden: Die Mannigfaltigkeit des Lebens schafft Unterschiede, die eben im einzelnen zu beurteilen und zu bewerten sind. Daß ein gesunder, wenn auch belasteter Mensch leichter versichert wird, als jemand mit einem ehemaligen Spitzenkatarrh, versteht sich von selbst. Aber zwei ehemalige Luetiker müssen z. B., auch wenn sie die gleiche Anamnese haben, nach ihrem Körperzustand verschieden beurteilt werden: der kräftige, muskulöse besser als der schwächliche und anämische. Individuelle Auslese ist unbedingt notwendig.

Von dem ursprünglichen Prinzip der Gesellschaften, nur ganz Gesunde zu versichern, sind die meisten allmählich abgegangen. Unter dem Einfluß der Konkurrenz der Anstalten unter einander, unter dem Druck der Notwendigkeit, sich größere Zahlen neuer Teilnehmer zu sichern, aber auch auf Grund nicht schlechter Erfahrungen mancher Pioniere unter ihnen, haben die Anstalten sich langsam entschlossen, auch minderwertige Leben, jedoch unter Prämienerrhöhungen zu versichern.

Die Verbesserung der Lebenshaltung im modernen Leben, die Möglichkeit der Schonung bei günstigen hygienischen und sozialen Verhältnissen kann zweifellos auch bei ungünstigem Gesundheitszustand eine

lange Lebensdauer erzielen. Selbstverständlich bleibt das Risiko größer als bei gesunden Personen. Aber die Fälle, daß nicht versicherte Personen, die wegen Lebensgefährdung oder Krankheit zurückgewiesen waren, ein Durchschnitts- oder gar noch ein höheres Alter erreichten, haben sich in den letzten Jahrzehnten gehäuft. Solche Erfahrungen werden von den Gesellschaften, die auf Zuwachs künftiger Versicherter bedacht sind, als bedauerliche Verluste empfunden. Sie suchen sie für die Zukunft zu vermeiden. Es wird Sache des einzelnen Gesellschaftsarztes sein, sich mit den übrigen maßgebenden Faktoren seiner Anstalt über die Grundsätze zu einigen, nach denen sie minderwertige Risiken versichern will. Die Tätigkeit des Vertrauensarztes, das Referat über den objektiven Befund, wird dadurch nicht berührt.

Eine Reihe von Krankheiten freilich — wir finden sie in Buchheims dritter Klasse, — sind und müssen von der Lebensversicherung ausgeschlossen bleiben, so bedauerlich es auch ist, daß damit gerade denjenigen, die sozial schon durch ihre Krankheit schlecht gestellt sind, nun auch diese Möglichkeit, für die Angehörigen zu sorgen, genommen wird. Inhumaner Weise, wie es öfters heißt; aber die Lebensversicherungsgesellschaften sind keine Wohltätigkeitsanstalten, sie müssen auf einen materiellen Erfolg sehen, wenn sie bestehen und doch ihre sozial höchst wertvolle Aufgabe erfüllen wollen. Zu diesen rundweg abzulehnenden Krankheiten gehören meines Erachtens: Herzfehler jeden Stadiums, Lungentuberkulose, Nierenentzündung, Arteriosklerose diagnostizierbaren Grades mit Herzveränderungen, die objektiv wahrzunehmen sind, Zuckerkrankheit, hochgradige Fettsucht, ganz abgesehen von den regelmäßig bald zum Tode führenden Krankheiten wie maligne Geschwülste, Epilepsie schweren Grades, Gehirn- und Rückenmarkskrankheiten, Erkrankungen des Blutes.

Die Erfahrungen der Gesellschafts- und vieler Vertrauensärzte, die sich mit der Darstellung derselben beschäftigt haben, — sind in einer in den letzten Jahren dauernd erheblich gewachsenen Literatur enthalten. Zum Teil begegnen sie sich in Zeitschriften mit den statistischen und medizinischen Ergebnissen der Forscher, die die öffentliche Versicherung als ihr Feld bearbeiten, zum Teil stellen sie sich als selbständige Produktionen in einzelnen Werken und periodischen Schriften dar. Wir dürfen an diesen nicht achtlos vorübergehen. Auch hier ist es die Gothaer Anstalt gewesen, die mit versicherungsmedizinischen Erörterungen voran ging. Die Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik enthalten eine Anzahl wertvoller Beiträge, die aus ihren Archiven stammen: 1880 erschienen ebenso wie 1902 gesammelte Aufsätze solchen Inhalts

in Buchform; für ihre Vertrauensärzte gibt sie eine eigene kleine Zeitschrift heraus, in der viel Lesenswertes enthalten ist. Das Vereinsblatt für deutsches Versicherungswesen enthält ebenfalls eine Reihe von einschlägigen Aufsätzen, von denen mehrere, z. B. der aus dem Material der Stettiner Germania, über die Sterblichkeit der Versicherten der betreffenden Gesellschaften von bedeutendem Wert und auch von großem Einfluß gewesen sind. Denn es ist leicht verständlich, daß, je ausgedehntere statistische Grundlagen den Berechnungen der Anstalten zu grunde liegen, um so höher ihr Wert sein muß. Die Berechnung über die Sterblichkeit der bei ihr versicherten Personen mußte früher jede Gesellschaft für sich anstellen, denn bis dahin lag nur die früher schon erwähnte, staatlich bearbeitete Absterbeordnung für alle Lebenden, also Gesunde und Kranke, vor; wie günstig daher die Gesellschaft über die Lebensaussichten der gesunden bei ihr versicherten Personen urteilen wollte, war damals ihrer eignen Schätzung überlassen. Nunmehr aber, nachdem mehrere große deutsche Gesellschaften ihre Erfahrungen statistisch zusammengefaßt und veröffentlicht haben, ist die Grundlage gegeben, auf der die Absterbeordnung der normalen Leben der versicherten Personen, die auf ihre Gesundheit ärztlich untersucht worden sind, aufgestellt werden konnte. Um Ihnen, m. H., einen Begriff davon und die Möglichkeit der Vergleichung mit der anderen Absterbeordnung zu geben, führe ich hier einige Zahlen aus dieser Sterblichkeitstafel an. Von 1000 20jährigen starben bis zur Vollendung des nächsten Jahres 9,2 Personen, von ebensoviel 25jährigen 8,5, von 30jährigen 8,8, von 40jährigen 11,8, von 50jährigen 18,1, von 60jährigen 35,5 von 1000 70jährigen 72,8 Personen, usw.: die Sterblichkeitswahrscheinlichkeit steigt also mit zunehmendem Alter, was selbstverständlich ist. Aber, wenn einmal jemand ein bestimmtes Alter erreicht hat, so ist die Wahrscheinlichkeit, daß er im Laufe des nächsten Jahres sterben werde, ziemlich gering. Wenn z. B. von 1000 60jährigen Menschen nur etwa 36 Personen sterben, so ist das eine Zahl, deren Kleinheit uns in Erstaunen setzt.

Die Zahlen, die, wie wir schon wissen, für die Berechnung der Lebensaussicht in Betracht kommen, und nach denen die Prämien aufgestellt werden, haben für uns Ärzte deshalb auch besonderes Interesse, weil keiner von uns versäumen sollte, wenn er überhaupt für jemanden zu sorgen hat, diese soziale Wohltat der Lebensversicherung seinen Angehörigen zu verschaffen. Wir haben schon hervorgehoben, daß es vom Standpunkt des wohlhabenden Kapitalisten und Rentners wohl bessere Kapitalanlagen gibt, als die Aufnahme einer Lebensversicherung, freilich

meist dabei nicht so sichere. Alle die aber, die ihr Vermögen oder ihren Unterhalt sich erst schaffen wollen, und denen es auf eine absolut sichere Kapitalsanlage ankommt, müssen auf die Lebensversicherung verwiesen werden, dabei des Vorteils sich erinnernd, daß das erstrebte Kapital ihren Angehörigen auch in jedem Falle eines plötzlichen Todes ausgezahlt wird.

Nach dieser Mahnung wird es Sie, m. H.!, wohl auch interessieren darüber etwas zu erfahren, wie denn nach den Berechnungen der Lebensversicherungsanstalten die Aussichten des Arztes auf Lebensdauer sich verhalten. Von vornherein ist anzunehmen, daß die Gefahren unseres Berufes, die Berührung mit infektiösen Kranken, die Gefährdung durch Witterungsschädlichkeiten usw. ungünstig auf die Sterbeordnung einwirken werden. 1835 hat Casper bei seinen Berechnungen über „Die wahrscheinliche Lebensdauer der Menschen“ bereits aus zahlreich gesammelten Daten Schlüsse über die Lebensaussichten der Ärzte angestellt. Seine Zahlen sind aber, wie sich sowohl aus anderen Statistiken wie aus denen der Lebensversicherungsanstalten ergibt, zu hoch. Wir erfahren aus einer Arbeit der Gothaer Bank folgendes: Der allgemeine Sterblichkeitsprozentsatz beträgt für das Alter 26—30 0,58, für die Ärzte aber 0,86; bei 36—40 Jahren allgemein 0,82, bei Ärzten 1,10; 56—60 allgemein 2,76, bei Ärzten 3,01 usw. Die mittlere Lebensdauer bei Ärzten beträgt bei 26 Jahren weiter 35,62 Jahre, bei 35 Jahren 28,90, bei 45 22,07, bei 55 15,27, bei 60 12,39, bei 70 7,70 Jahre, bei der allgemeinen Bevölkerung aber beträgt sie für die gleichen Altersstufen 33,86, 27,57, 21,01, 14,94, 12,18, 7,5. Unsere Annahme, daß die Lebensaussicht der Ärzte etwas geringer sei, als die der übrigen Berufe, findet sich also zahlenmäßig bestätigt. Fragen wir nun weiter, worauf das beruht, so erfahren wir, daß die Krankheiten der Atmungsorgane, die Lungentuberkulose, der Typhus und der „Schlagfluß“ am meisten Opfer unter Ärzten gefordert und die erwähnte Mehrsterblichkeit herbeigeführt haben. Wir sehen also wiederum unsere Vermutung bestätigt, daß die Gefährdung des Arztes am ehesten durch die Berührung mit Infektionsstoffen und durch die wechselnde Tätigkeit im Krankenzimmer, Sprechzimmer und freier Luft bewirkt wird. Die Übersterblichkeit an Tuberkulose kann kaum auf die Berührung mit Phthisikern zurückgeführt werden: eher kommt die Disposition der Lungen durch Erkältungen, chronische Katarrhe der Schleimhaut und die Beeinflussung der Gesamtkonstitution durch die aufreibende und erschöpfende Tätigkeit in Betracht. Ebendahin und zwar unter Vermittlung des akuten Ge-

lenkrheumatismus und der Arteriosklerose können wir auch wohl die Todesfälle der Ärzte durch „Schlagfluß“ rechnen, eine recht unwissenschaftliche Bezeichnung, die aber anno 1880, als diese Statistik aufgestellt wurde, noch mehr als heute gang und gäbe war, und sowohl Apoplexia sanguinea, Embolia cerebri mit sofortigem oder alsbald erfolgendem Tode, Embolie der Lungen- oder der Coronararterien und schließlich irgendwie anders veranlaßtes plötzliches Stocken der Herzfunktion bezeichnete; daß Herzfehler, Myokarditis und Sklerose der Arterien die Ursachen sind, braucht hier an diesem Orte nicht weiter erörtert zu werden. Das frühe Datum dieser Statistik — vor also 26 Jahren — läßt uns den Typhus als Todesursache etwas verdächtig ansehen. Denn damals, und vor allem vorher, die Statistik beruht aber auf Erfahrungen der Jahre 1830—1875, war der Arzt der mangelnden Antisepsis halber solchen Infektionen viel mehr ausgesetzt als heute und wir wissen erfreulicherweise durch neuere Untersuchungen, daß sich inzwischen die Sterblichkeit der Ärzte wesentlich gebessert hat und der allgemeinen Zahl sehr nahe kommt, ja sie sogar vielleicht nicht einmal ganz erreicht; ein erfreulicher Erfolg wissenschaftlicher medizinischer Forschung, der ausnahmsweise auch den Angehörigen des eigenen Standes zu Gute kommt.

Auch für andere Stände, so für Geistliche, Lehrer usw. sind solche Berechnungen angestellt worden.

Die Bearbeitung des Materials der Archive der Lebensversicherungsgesellschaften hat erst begonnen. Es ist zweifellos, daß eine Menge von wichtigen Fragen aus den Gebieten der ärztlichen Diagnostik, der Medizin überhaupt, vor allem aber aus der biologischen Betrachtung des Menschen, aus den Gesetzen des normalen Lebensablaufs, der Vererbung, der sozialen Ereignisse, in diesen Archiven ihre Beantwortung finden werden. Sind Sie später als Vertrauensarzt oder als Gesellschaftsarzt für eine Lebensversicherungsanstalt tätig, vergessen Sie nicht, daß auch Sie an diesen Antworten mitarbeiten können, und, wenn Sie als naturwissenschaftlich gebildete Ärzte recht an Ihren Plätzen sein wollen, auch mitzuarbeiten verpflichtet sind.

Register.

Abschätzung der Erwerbsfähigkeit bei Unfallverletzten 134.

Normen dafür 135.

Hilfsmittel dazu 135f.

Absterbeordnung der Lebensversicherten Personen 167.

Agenten der Lebensversicherungsanstalten 160.

Ahnentafel als Schema der Belastung 173.

Alters- und Invalidenversicherungsgesetz 68.

Angehörigenversicherung bei den Krankenkassen 44.

Angehörigenrente bei Krankenhausaufenthalt von Versicherten 77, 112.

Anstaltsarzt bei Lebensversicherungsgesellschaften 162.

Arbeiterversicherung, Zweck 21.

Archive der Lebensversicherungsgesellschaften, Bearbeitung 182.

Arzt und Versicherungsmedizin 1.

Arzt und Kranker 11.

Arzt, Unterarten des Berufs 27.

Ärzte, Sterblichkeit der — 181.

Ärzte, Unfallversicherungsprämien 143.

Ärzte, Haftpflichtversicherungsprämien 149.

Ärzte, Zahl, Einflüsse auf dieselbe — 6.

Ärztliche Tätigkeit, Bedingungen heute 2.

Ärztliche Vertragskommission 52.

Arztbericht bei Tod eines Lebensversicherten 165.

Arztbezahlung 7.

Systeme bei Krankenkassen 62ff.

Mindesttaxe der staatlichen Gebührenordnung 63.

Gesamtpauschale 65.

Einzelpauschale 65.

Bonsystem 65.

Pointsystem 66.

Einzelleistung 66

Arztwahl, freie 53.

Aufnahmeantrag bei den privaten Unfallversicherungsgesellschaften 144.

Aufsichtsbehörden für Krankenkassen 47.

Aufsichtsamt, kaiserliches, für Privatversicherung 140.

Aufsichtsbeamten der Berufsgenossenschaften 114.

Beamte der Krankenkassen 49.

Befugnis zur Offenbarung von Berufsgeheimnissen 151.

Behördlicher Charakter der Versicherungsanstalten 72.

Beitragshöhe bei Krankenkassen 37.

— bei Versicherungsanstalten 70.

— bei Berufsgenossenschaften 110.

-- bei privaten Unfallversicherungsgesellschaften 142.

Belastung, erbliche, Wichtigkeit bei der Lebensversicherung 174.

Beleihungsfähigkeit von Policen 159.

Berufsgeheimnis des Arztes 151.

Berufsgenossenschaften, Organisation 109.

Betriebsunfall, Definition des Reichsversicherungsamts 110.

Bezahlung des Arztes 7, 62 ff.
 Bonsystem bei Arztbezahlung 65.
 Botschaft, kaiserliche vom 17. 11. 1881 20.
 Buchführung, ärztliche 57.
 Buchheims Risikenklassen für die Lebensversicherung 177.

Carcinom als Unfallfolge 127.

Dauer d. Krankenkassenverpflichtung 39, 42.
 Deklaration bei der Lebensversicherung 160
 Diabetes als Unfallfolge 132
 — bei der Lebensversicherung 170.
 Diagnostik, funktionelle bei der Lebensversicherung 170 ff.

Eingangspforten für Krankheitserreger,
 Beziehung zu Unfallfolgen 124.

Einkommenstatistik 29.

Einzelleistung, Bezahlung der Krankenkassen nach 66.

Einzelpauschale, Bezahlung der Krankenkassen nach 65.

Eintrittsgeld bei den Krankenkassen 38.

Erlebensfall, Kapitalversicherung auf 158.

— Rentenversicherung auf 158.

Erwerbsfähigkeit, Abschätzung bei der Invalidenversicherung 90.

— Abschätzung bei der Unfallversicherung 134.

Familienkrankenkassen 18.

Freie Arztwahl 53.

Freijahre bei der privaten Unfallversicherung 143.

Formular für Gutachten bei der Invalidenversicherung 95.

— für Gutachten bei der Lebensversicherung 169.

Funktionelle Diagnostik, Wert für die Lebensversicherung 170 f.

Gebührenordnung, staatliche für Arztbezahlung 63.

Gefahrenklassen nach Buchheim bei der Lebensversicherung 177.

— bei der privaten Unfallversicherung 142.

— bei der staatlichen Unfallversicherung 110.

Gegenseitigkeitsprinzip privater Versicherungsgesellschaften 141.

Gemeindefürsorge für Kranke 20.

Gemeinlast der Versicherungsanstalten 75.

Generalversammlung der Krankenkassen 48

Genesungsbescheinigung bei den Krankenkassen 59.

Genesungsheime 44, 103.

Gesamtpauschale, Arztbezahlung nach 65.

Gesellschaftsarzt bei den Lebensversicherungsanstalten 176.

Geschlechtskrankheiten bei der Krankenversicherung 46.

Geschichte der Medizin, Wichtigkeit des Studiums 9.

— des Versicherungsgedankens 16 f.

— der Lebensversicherung 154.

Gewerbekrankenkassen 17.

Gewerbeordnung, Wichtigkeit für den Arzt 5.

Gewerbeunfallgesetze 107 f.

Gutachten, formale Vorschriften dazu 150.

— Bezahlung bei den privaten Unfallversicherungsgesellschaften 150.

— bei den Versicherungsanstalten 94.

— bei den Lebensversicherungsgesellschaften 165.

— im allgemeinen 150.

Haftpflcht des Arztes 146.

Haftpflchtversicherung 146.

Hausarzt 4.

Heilstätten für Lungenkranke 100.

— für Nervenkranke 102.

Heilverfahren bei den Versicherungsanstalten 76, 97.

Bedingungen zur Übernahme 76.

Auswahl der Kranken 98.

— bei den Berufsgenossenschaften 112.

— bei den Lebensversicherungsgesellschaften 163.

Hernien als Unfallfolgen 130.

Herzkrankheiten als Unfallfolgen 130.

— bei der Lebensversicherung 171.

Hilfsmittel zur Abschätzung der Erwerbsfähigkeit 135.

Hinterbliebenenversicherung 24.

Hinterbliebenenrenten bei Unfällen 112.
 Honorierung des Arztes bei den Krankenkassen 7, 62.
 - der Gutachten für die Lebensversicherung 165.
 — der Gutachten für die Invalidenversicherung 94.
 — der Gutachten im allgemeinen 151.
 — — — für die private Unfallversicherung 150.
 Hysterie als Unfallfolge 131.

Junungsgebräuche als Vorbilder für Versicherungseinrichtungen 17.
 Invalidität, Begriff 69.
 Abschätzung 89.
 Invaliditätsgutachten 89.
 Bezahlung 94.
 Invaliditätsversicherung 68.
 Invalidenhäuser 81, 113.

Kapitalabfindung bei Unfallrenten 112.
 Kapitalanlage d. Versicherungsanstalten 75.
 Kapitalversicherung auf Todesfall 154.
 — — Erlebensfall 158.
 Kassenarzt 52.

Bewerbung 52
 Kassenstatut 48.
 Kaufmännisch richtiges Verhalten des Arztes 30.

Klebegezet 73.
 Knappschaftsrankenkassen 17.
 Kollektivversicherung gegen Unfall 146.
 Krankengeld 39.

Krankenhausunterbringung durch Krankenkasse 40.
 — durch Versicherungsanstalt 96.

Krankenhäuser, eigene, der Berufsgenossenschaften 113

Krankenkassen 36.
 Leistungen 39.
 Beiträge 37.
 Dauer der Verpflichtung 42.
 Verwaltung 47.
 Beamte 49.
 Sozialstatistische Ergebnisse 50.

Krankenkontrolle 58.

Krankenschein 58.

Krankenversicherungsgesetz 32.

Krankenversicherung, Zweck 33.

Körpergewicht } Wichtigkeit für die
 — gröÙe } Lebensversicherung 172 f.
 — maÙe }

Kurierfreiheit 19.

Kurpfuscherei 5.

Landesversicherungsämter 119.

Lebensdauer, mittlere der Ärzte 181.

Lebensversicherung 153.

— auf Reisen, im Kriege 164

— Auszahlung der Summen 164.

— Geschichte 154.

— Gesellschaften 154.

— Honorar des Arztes für Gutachten 165.

— Verwaltung 159.

Leipziger wirtschaftlicher Verband 61.

Leistungen der Krankenversicherung 39.

— der Invalidenversicherung 69.

— der privaten Unfallversicherungsgesellschaften 142.

locus minoris resistentiae, Beziehung zu Unfallfolgen 124.

Lohnklassen bei der Invalidenversicherung 70.

Lungenheilstätten der Versicherungsanstalten 77, 100.

— Erfolge 100f.

— propagandistische Tätigkeit derselben 101f.

— Voraussetzungen zur Aufnahme 100.

Mantelgesetz (Unfallgesetzgebung) 108.

Mindestleistung der Krankenkassen 39—42.

Mindesttaxe der staatlichen Gebührenordnung, Arztbezahlung 63.

Mitgliederlisten der Krankenkassen 37.

Nervenheilstätten der Versicherungsanstalten 102.

Neurasthenie als Unfallfolge 131.

Nierenkrankheiten bei Lebensversicherung 171.

Novellen der Arbeitergesetzgebung, Begriff 16.

Operation, Ablehnung bei Übernahme des Heilverfahrens 76.

Organisation der Berufsgenossenschaften 109.

— der Krankenkassen 47.

— der Lebensversicherungsanstalten 159.

— des Reichsversicherungsamts 118.

— der Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung 117.

— des ärztlichen Standes 9.

— der Versicherungsanstalten 72.

Points system bei Arztbezahlung 66.

Polize 143.

— Lebensversicherungs-, Beleihungsfähigkeit der 159.

Prämie 143.

Prämienberechnung bei der Haftpflichtversicherung 149.

— bei der Lebensversicherung 156 f.

— bei der privaten Unfallversicherung 142.

Prämienrückgewähr bei der privaten Unfallversicherung 142.

Propaganda der Lungenheilstätten 101.

Prophylaktische Maßnahmen der Versicherungsanstalten 76.

Psychisches Trauma als Unfall 122.

Publikationen der Lebensversicherungsanstalten 179.

Quittungskarten bei der Invaliditätsversicherung 71.

Reichsversicherungsamt 73.

— als Instanz für Invalidenversicherung 87.

— — — — Unfallversicherung 118.

Reisen, Gültigkeit der Lebensversicherung bei 164.

Rekonvaleszentenheim 44, 103.

Rentenhöhe bei Invaliditätsversicherung 71.

— bei staatlicher Unfallversicherung 111.

Rentenhysterie 132.

Rentenstellen bei der Invaliditätsversicherung 73.

Rentenversicherung auf Erlebensfall 158.
Reservefonds der Krankenkassen 49.

— der Berufsgenossenschaften 112.

Revisionsarzt bei den Lebensversicherungsgesellschaften 162.

Rezepte, Revision, bei den Krankenkassen 57.

Rezeptierung, sparsame 56.

Risikobeurteilung bei der Lebensversicherung 168.

Risikoklassen nach Buchheim bei der Lebensversicherung 177.

Risikoversicherung 157.

Rückerstattung der Beiträge bei der Invaliditätsversicherung 72.

Rückgewähr der Prämien bei der privaten Unfallversicherung 142.

Schiedsgericht für Arbeiterversicherung 74.
86, 117.

— für private Unfallversicherung 145.

Sektion, Forderung bei der privaten Unfallversicherung 145.

Selbstmord, Bedeutung bei der Lebensversicherung 164.

Selbstverwaltung der Krankenkassen 48.

Seuchen, Bedeutung für die Lebensversicherung 164.

Sonderlast der Versicherungsanstalten 75.

Sozialstatistische Ergebnisse der Krankenversicherung 50.

— — der Invaliditätsversicherung 105.

— — der Lebensversicherung 182.

Staatliche Gebührenordnung für Arztbezahlung 63

Staatsfürsorge für Kranke 20.

Standesorganisation und -vertretung 9.

Stempelgebühr für Polizen 145.

Sterbegeld der Krankenkassen 40.

Sterbekassen 17.

Sterbeurkunde für die Lebensversicherungsgesellschaften 165.

Sterblichkeitstafel d. Lebensversicherungsanstalten 180.

Sterblichkeit der Ärzte 181.

Studium der Medizin, Warnung vor 8.

Tagelohn, ortsüblicher 37.

Totenladen 17.

Tuberkulose, Heilstätten für — 100.

— bei der Lebensversicherung 172.

Übernahme des Heilverfahrens durch die
Versicherungsanstalten 97.

Voraussetzungen 97.

Auswahl des Kranken 98.

Überschußverwaltung der Versicherungs-
anstalten 75.

Unfallanzeige 144.

Unfallfolgen 122.

Unfallversicherung, staatliche 106.

— private 138.

Unfallbegriff, Betriebsunfall nach dem
Reichsversicherungsamt 110.

— bei der privaten Unfallversicherung 144.

Unfallrenten 111.

Unfallverhütungsvorschriften der Berufs-
genossenschaften 113.

Unfallwirkungen, Klassifikation 121.

Unpfändbarkeit der Invalidenrente 82.

Unterarten des ärztlichen Berufs 2.

Verpflichtung der Krankenkassen, Dauer
39, 42.

Versicherungsanstalten 72.

behördlicher Charakter 72.

Versicherung der Arbeiterbevölkerung 20.

— der Hinterbliebenen 24f.

Versicherungsgesetzgebung, Entwicklung
20.

— Nachteile 25.

Versicherungsgedanke, Geschichte des-
selben 16f.

Versicherungsmedizin und Arzt 1.

— Gliederung 14.

— Inhalt 12.

— Wichtigkeit für den Arzt 3.

Versicherungszwang bei den Kranken-
kassen 34.

— bei den Versicherungsanstalten 74.

— bei den Berufsgenossenschaften 108.

Vertragskommissionen, ärztliche 52.

Vertrauensarzt der Versicherungsanstalten
73.

— der Lebensversicherungsanstalten 161.

Verwaltung der Berufsgenossenschaften
109.

— der Krankenkassen 47.

— der Versicherungsanstalten 73.

— der Lebensversicherungsgesellschaften
159.

Voraussetzungen zur Übernahme des Heil-
verfahrens bei den Versicherungsan-
stalten 97.

Vorkrankheiten der Phthise 174.

Vorsätzlich erworbene Krankheiten bei der
Krankenversicherung 45.

Wahrscheinlichkeit der Wiedererlangung
der Erwerbsfähigkeit bei der Über-
nahme des Heilverfahrens durch die
Versicherungsanstalten 76.

Wartezeit bei Invalidenversicherung 83.

Wirtschaftlicher Verband, Leipziger 61.

Wochenbettgeld der Krankenkassen 40.

Wohlfahrtsgesetzgebung, Nachteile 25.

Zuckerkrankheit als Unfallsfolge 132.

— bei der Lebensversicherung 170.



Handbuch der Sozialen Medizin.

Bearbeitet von Dr. Abel, Regierungs- und Medizinalrat in Berlin, Dr. Aschaffenburg, Prof. in Cöln a. Rh. Dr. Bettmann, Prof. in Heidelberg, Dr. Heinrich Embden in Hamburg, Dr. Flatten, Medizinalrat in Oppeln, Dr. Friedheim, Oberstabs- und Regimentsarzt in Wandsbek, Dr. Moritz Fürst in Hamburg, Gebhard, Direktor der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte in Lübeck. Dr. R. Granier, Geh. Medizinalrat, Kreisarzt in Berlin, Dr. Großer, Direktor der Hebammenlehranstalt in Oppeln, Dr. Henius, Sanitätsrat in Berlin, Dr. K Jaffé in Hamburg, Dr. F. Jessen in Davos, Dr. Georg Ilberg, Oberarzt in Großschweidnitz, Dr. Klose, Medizinalrat in Oppeln, Dr. Lange, Privatdozent in Leipzig, Dr. Nocht, Physikus und Hafenarzt in Hamburg, Dr. Nonne, Oberarzt in Hamburg, Dr. E. Pfeiffer, Physikus und Stadtarzt in Hamburg, Dr. Joh. Ritter in Geesthacht, Dr. Schmalfuß, Sanitätsrat in Hamburg, Dr. H. Sieveking, Physikus und Stadtarzt in Hamburg, Dr. Th. Sommerfeld, Prof. in Berlin, Dr. Sudeck in Hamburg, Dr. Windscheid, Prof. in Leipzig. Herausgegeben von Dr. **Moritz Fürst**, Arzt in Hamburg und Dr. **F. Windscheid**, Prof. in Leipzig.

Bisher erschienen:

Band I: Stellung und Aufgaben des Arztes in der öffentlichen Armenpflege.

Von Dr. med. Moritz Fürst, Armenarzt a. D., prakt. Arzt und Armenpfleger in Hamburg. Preis für Abnehmer des ganzen Werkes: 6 Mark, geb. 7 Mark. (Einzelpreis: brosch. 7 Mark, geb. 8 Mark.)

Band II: Stellung und Aufgaben des Arztes auf dem Gebiete der Krankenversicherung.

Von Dr. med. Karl Jaffé, Arzt in Hamburg. Preis für Abnehmer des ganzen Werkes: 5 Mark, geb. 6 Mark. (Einzelpreis: brosch. 6 Mark, geb. 7 Mark.)

Band IV: Mit 24 Abbildungen im Text. Preis für die Abnehmer des ganzen Werkes: brosch. 9 Mark, geb. 10 Mark. (Einzelpreis: brosch. 12 Mark, geb. 13 Mark.)

Inhalt:

Dr. F. Jessen, Soziale Krankenpflege in Krankenhäusern. (Einzelpreis: 5 Mark.) Dr. Nonne, Stellung und Aufgaben des Arztes in der Behandlung des Alkoholismus. Über Trinkerheilstätten. (Einzelpreis: 1 Mark 20 Pf.) Dr. J. Ritter, Stellung und Aufgaben des Arztes in den Volksheilstätten für Lungenkranke. Einzelpreis: 2 Mark.) Dr. B. Nocht, Die ärztliche Mitwirkung bei der sozialen Fürsorge im Seeverkehr. (Einzelpreis: 1 Mark 50 Pf.) Dr. Georg Ilberg, Irrenanstalten, Idioten- und Epileptikeranstalten mit besonderer Berücksichtigung der Tätigkeit des Arztes in denselben. (Einzelpreis: 2 Mark 50 Pf.)

Band V: Preis des vollständigen Bandes: brosch. 4 Mark, geb. 5 Mark.

Inhalt:

L. Henius, Samariter- und Rettungswesen. (Einzelpreis: 3 Mark.)

H. Friedheim, Das Militär-Sanitätswesen. (Einzelpreis: 1 Mark 20 Pf.)

Band VI: Der Gewerbearzt. Von Prof. Dr. Th. Sommerfeld, Arzt in Berlin. Preis für Abnehmer des ganzen Werkes: 4 Mark, geb. 5 Mark. (Einzelpreis: 5 Mark, geb. 6 Mark.)

Band VII: 1905. Mit 2 Kurven im Text. Preis für den vollständigen Band: brosch. 7 Mark 50 Pf., geb. 8 Mark 50 Pf.

Inhalt:

S. Bettmann, Die ärztliche Überwachung der Prostituierten. (Einzelpreis: 7 Mark.)

G. Schmalfuß, Stellung und Aufgaben des Ammenuntersuchungsarztes. (Einzelpreis: 1 Mark 20 Pf.)

Band VIII: Der Arzt als Begutachter auf dem Gebiete der Unfall- und Invalidenversicherung. Erste Abteilung: Innere Erkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Unfallnervenkrankheiten. Von Prof. Dr. Franz Windscheid.

Mit 2 Abbildungen im Text. 1905. Preis für Abnehmer des ganzen Werkes: 4 Mark 50 Pf., geb. 5 Mark 50 Pf. (Preis für den Einzelverkauf: 5 Mark, geb. 6 Mark.)

Zweite Abteilung: Chirurgische Erkrankungen, besonders der Bewegungsorgane.

Von Dr. med. Paul Sudeck. Mit 90 Abbildungen im Text. 1905. Preis für Abnehmer des ganzen Werkes: 8 Mark, geb. 9 Mark. (Preis für den Einzelverkauf: 10 Mark, geb. 11 Mark.)

Verlag von Gustav Fischer in Jena.

Kurpfuscherei und Kurpfuschereiverbot. Eine rechtsvergleichende kriminalpolitische Studie.

Von Dr. jur. **Henry Graack** in Berlin. Preis: 2 Mark.

Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der Sozialen Hygiene, Demographie und Medizinalstatistik, sowie alle Zweige des Sozialen Versicherungswesens. Von Dr. med. **A. Grotjahn** und Dr. phil. **F. Kriegel.**

Band I: **Bericht über die Jahre 1900 und 1901.** 1902. Preis: 7 Mark 50 Pf.

Band II: **Bericht über das Jahr 1902.** 1903. Preis: 12 Mark.

Band III: **Bericht über das Jahr 1903.** 1904. Preis: 10 Mark.

Band IV: **Bericht über das Jahr 1904.** 1905. Preis: 11 Mark.

Band V: **Bericht über das Jahr 1905.** 1906. Preis: 11 Mark.

Medizinische Reform Nr. 36 vom 6. Sept. 1902 sagt über den I. Band:

Die stetig zunehmende Zahl von Veröffentlichungen auf dem Gebiete der Sozialen Hygiene, des Versicherungswesens und verwandter Bestrebungen kann kaum der Einzelse noch übersehen, zumal die Verfasser nicht nur aus Ärzten und Hygienikern, sondern auch aus Beamten und Nationalökonomem bestehen. Das vorliegende Werk wird dem Orientierungsbedürfnisse eines Jeden, der sich in den einschlägigen Gebieten zurechtfinden muß, in bester Weise Genüge tun. . . . Es ist nur zu wünschen, daß dieser erste Jahresbericht sehr zahlreiche Leser finde, der Ausbreitung und Vertiefung sozialmedizinischer Kenntnisse würde so auf das Beste Vorschub geleistet.

Das Rettungs- u. Krankenbeförderungswesen im Deutschen

Reiche. Nach dem Material der auf Anregung des Zentralkomitees für das Rettungswesen in Preußen von den deutschen Bundesregierungen erhobenen Umfrage im Auftrage des Zentralkomitees bearbeitet vom Generalsekretär Prof. Dr. **George Meyer**, Berlin. Mit 10 Kurventafeln und 4 Karten. Preis: 14 Mark.

Handbuch der medizinischen Statistik. Von Dr. med. **Friedrich Prinzing**, prakt. Arzt in

Ulm a. D. Preis: 15 Mark, geb. 16 Mark.

Deutsche Ärzte-Zeitung, Heft 21, vom 1. Nov. 1906:

Ein tüchtiger Fachmann spricht aus diesem Buche. Als solcher legitimiert sich Verfasser prima vista auch für denjenigen Leser, der nicht weiß, daß P. sich durch verschiedene medizinal-statistische Veröffentlichungen bereits einen Namen gemacht hat. Mit seinem Buch hat er unserer Literatur einen großen Dienst geleistet.

Alkoholgenuss und wirtschaftliche Arbeit. Von Dr. med. **Alfred H. Stehr**,

Arzt in Magdeburg, Dr. der Staatswissenschaft. 1904. Preis: 4 Mark 50 Pf.

Die Lehre von der Mortalität und Morbilität. Anthropologisch-statistische Unter-

suchungen von **Harald Westergaard**, Prof. an der Universität Kopenhagen. (Von der Universität Kopenhagen preisgekrönte Schrift.) **Zweite** vollständig umgearbeitete Auflage. Preis: 20 Mark.

Zeitschrift für Sozial-Wissenschaften:

. . . Wie das Buch schon bei seinem ersten Erscheinen sich in kurzer Zeit viele Freunde erworben hat, so wird dies noch viel mehr bei der vorliegenden zweiten Auflage der Fall sein. Die rein wissenschaftliche Art der Behandlung des Stoffes, die strenge Aussonderung des mangelhaften statistischen Materials, die fließende Darstellung sichern dem Buche in der statistischen Literatur eine bedeutende Stelle, zumal da ein zusammenfassendes Werk über das vom Verfasser behandelte Gebiet schon lange gefehlt hat.

36.O.16.
Einführung in die Versicherungs1907
Countway Library BFD3640



3 2044 046 213 203

36.O.16.
Einführung in die Versicherungs1907
Countway Library BFD3640



3 2044 046 213 203